RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



Izolacja sprawców przestępstw uznanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa

MONOGRAFIA

Izolacja sprawców przestępstw uznanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa

MONOGRAFIA

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Izolacja sprawców przestępstw uznanych za niebezpiecznych dla społeczeństwa
MONOGRAFIA

Redakcja naukowa:
dr Ewa Dawidziuk
mgr Jolanta Nowakowska

Recenzenci:
prof. SWPS dr hab. Teresa Gardocka
prof. dr hab. Beata Pastwa-Wojciechowska

Wydawca:
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Al. Solidarności 77, 00–090 Warszawa
www.rpo.gov.pl

Infolinia obywatelska: 800 676 676

ISBN 978–83–65029–48–5

Oddano do składu w lipcu 2020 r.
Podpisano do druku w sierpniu 2020 r.

Nakład: 400 egz.

Projekt, skład, druk:
Pracownia C&C Sp. z o.o; www.ccpg.com.pl

Zdjęcie na okładce:
Adobe Stock

Spis treści

Skróty

CPT	–	Europejski Komitet do spraw zapobiegania torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu
EKPC	–	Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności
ETPC	–	Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu
k.k.	–	kodeks karny
k.k.w.	–	kodeks karny wykonawczy
k.p.c.	–	kodeks postępowania cywilnego
KMPT	–	Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur
KOZZD	–	Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym
NFZ	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
ROPS	–	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej
RPO	–	Rzecznik Praw Obywatelskich
RPP	–	Rzecznik Praw Pacjenta
SDE	–	System Dozoru Elektronicznego
SN	–	Sąd Najwyższy
SO	–	Sąd Okręgowy
SW	–	Służba Więzienna
TK	–	Trybunał Konstytucyjny

Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. – ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

Wstęp

Styczeń 2014 roku. Właśnie weszła w życie ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. W porządku prawnym pojawiły się, nieznane dotąd polskiej praktyce, środki postpenalne: nadzór prewencyjny oraz umieszczenie w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym. Wyrażając opinię, wówczas jako wiceszef Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, że ustawa wzbudza wiele wątpliwości o charakterze konstytucyjnym (m.in. naruszenie zakazu działania prawa wstecz, nieproporcjonalne naruszenie wolności osobistej) oraz medycznym, nie sądziłem, że ta sprawa będzie priorytetem w moich działaniach przez kolejnych 6 lat, po tym jak objąłem urząd Rzecznika Praw Obywatelskich.

Ustawa od początku budziła ostre spory i wywoływała liczne kontrowersje natury prawnej i etycznej. Próbowano zainteresować nią również szeroką opinię publiczną, zwracając uwagę na przypadek bezwzględnego sprawcy, skazanego na gruncie kodeksu karnego z 1969 r. na karę śmierci. Została ona zamieniona na karę 25 lat pozbawienia wolności. Jej koniec miał nastąpić w najbliższych miesiącach. Szybko więc finalizowano prace legislacyjne, by sprawca nie wyszedł na wolność. Komitet Helsiński w Polsce, zajmując stanowisko w tej sprawie, oświadczył, że jest ona „testem tego, na ile Polska jest państwem prawa. Na ile nie godzimy się, by przepisy – wbrew fundamentalnej zasadzie – były stosowane wstecz. Na ile nie akceptujemy, by osoba, która odbyła już zasądzoną karę, była pozbawiana wolności z jakiegokolwiek powodu”[1].

Według deklaracji projektodawcy ustawa miała na celu: wprowadzenie do prawa polskiego rozwiązań przewidujących terapię w warunkach izolacji sprawców przestępstw, którzy z powodu zaburzonej psychiki mogą ponownie popełnić groźne przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu, bezpieczeństwu powszechnemu lub wolności seksualnej; umożliwienie tym sprawcom, w wyniku odbytej terapii, readaptacji do społeczeństwa i funkcjonowania w nim zgodnie z zasadami współżycia społecznego, a także umożliwienie efektywnego monitorowania zachowania tych spośród sprawców, którzy po odbyciu kary będą przebywać na wolności[2]. Za główny cel tych regulacji ich twórcy postawili więc ochronę społeczeństwa przed sprawcami najbardziej szkodliwych społecznie przestępstw, którzy wykazują zróżnicowane zaburzenia osobowości. Jednocześnie próbowano odróżnić warunki wykonywania tej izolacji od osadzenia w zakładzie karnym i zapewnić, na drodze proponowanych rozwiązań, realizację celu terapeutycznego. Powstał więc Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym – jako podmiot leczniczy, stworzony z myślą o dziesięciu osobach. Pacjentów jednak przybywa. Umieszcza się w nim również osoby, co budzi największe zastrzeżenia, w ramach postępowania zabezpieczającego.

---

1 https://www.hfhr.pl/?s=psychicznymi.

2 Uzasadnienie do projektu, druk sejmowy nr 1577, http://sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?documentId=8FAC382EE3488066.

Wiele osób przebywa na mocy nieprawomocnego postanowienia o umieszczeniu w Ośrodku, niezgodnie z art. 18 ust. l ustawy. KOZZD zamienił się, jak mówią niektórzy, w więzienie po więzieniu.

Sytuacji nie poprawił wyrok z 23 listopada 2016 r. Trybunału Konstytucyjnego, który rozpoznawał połączone wnioski i pytania prawne o zbadanie zgodności poszczególnych przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. z Konstytucją RP (sygn. akt K 6/14). Osobiście skierowałem dwa kolejne pisma procesowe do wniosku złożonego przez moją poprzedniczkę – prof. Irenę Lipowicz. Trybunał nie podzielił moich argumentów i niestety usankcjonował funkcjonowanie izolacji postpenalnej w aktualnej postaci.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich nie odrzucam samej konieczności istnienia takiego miejsca. Trzeba jednak jasno stwierdzić, że umieszczenie pacjenta w Krajowym Ośrodku jest faktycznie i w sensie prawnym pozbawieniem wolności. Od ustawodawcy oczekiwać więc należy precyzyjnych regulacji określających warunki pobytu w takim miejscu, a w szczególności uregulowania ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych praw i wolności. W dotychczasowych 46 wystąpieniach generalnych do różnych instytucji i organów państwowych alarmowałem, że potrzebna jest pilna zmiana prawnych podstaw funkcjonowania KOZZD oraz praktycznej filozofii jego istnienia. Na licznych spotkaniach i konferencjach organizowanych w Biurze RPO pokazywaliśmy, że osiągnięcie pożądanego celu zabezpieczenia społecznego nie może oznaczać bezprawnego ograniczania praw. Warunki bytowe i postępowanie wobec osób umieszczonych w Ośrodku powinny zaś być zgodne z zasadą humanitarnego i podmiotowego traktowania, a terapeutyczny charakter pobytu nie może być iluzoryczny. Postulowane zmiany są niezbędne, by Ośrodek stał się instytucją realizującą cele terapeutyczne, zmierzające do minimalizacji ryzyka powrotu pacjentów do przestępstwa – do czego został powołany.

Czy działania podejmowane w Biurze RPO były skuteczne? Chwilę nadziei dawała uchwała Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2019 r., w której podkreślono, że niedopuszczalne jest udzielenie zabezpieczenia poprzez umieszczenie uczestnika postępowania w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym. Sądy nadal jednak to czynią. Deklaracje „naprawy" ustawy składali Minister Sprawiedliwości i Minister Zdrowia. Do dziś jednak, po 6 latach jej obowiązywania i nieustanego nawoływania przeze mnie do usunięcia wad systemowych, nie nastąpiły zmiany prawne w oczekiwanym zakresie.

Czerwiec 2020 roku. W Ośrodku jest już umieszczonych 90 osób, w tym dziewięć osób na podstawie postanowień o udzieleniu zabezpieczenia. Trzydziestu pacjentów rozpoczyna protest głodowy. Protestują przeciwko złym warunkom bytowym, zwłaszcza przeludnieniu i niewłaściwemu traktowaniu. Czy ten akt niesubordynacji i zawarte po 6 dniach porozumienie jest początkiem zmian? Mam taką nadzieję, ale martwię się, ponieważ taki sposób rozwiązywania problemów uderza w same podstawy idei demokratycznego państwa prawa.

W niniejszej monografii znajdziecie Państwo, zebrane przez lata działań, spotkań, wizyt studyjnych, prac ekspertów i praktyków, usystematyzowane informacje o tym co nie działa i co powinno się zrobić, by proces zmiany ustawy mógł oprzeć się na solidnych podstawach, dających wiarę na jej realne i praworządne dalsze funkcjonowanie. Liczę jednocześnie na to, że eksperci i wybitni prawnicy, którzy brali udział w tworzeniu i legitymizowaniu instytucji izolacji postpenalnej zastanowią się nad konsekwencjami swojego dzieła. Być może refleksja doprowadzi do ich zaangażowania w kierunku rzeczywistego poszanowania praw człowieka. Monografia może im pomóc w wyrobieniu nowego zdania na ten temat.

dr hab. Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich

Hanna Machińska

Zapomniani ludzie, zapomniane miejsce

W 2013 r. Polskie Towarzystwo Psychologiczne skierowało apel do ówczesnego Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego w sprawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, wnosząc o przekazanie jej do Trybunału Konstytucyjnego. Towarzystwo Psychologiczne było jedną z wielu instytucji kwestionujących przyjęte w ustawie rozwiązania. Negatywną ocenę ustawy wydało też m.in. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Konsultant Krajowy ds. Psychiatrii, Samorząd Lekarski, Helsińska Fundacja Praw Człowieka.

W dramatycznym apelu, zaadresowanym w 2013 r. do psychologów i psychiatrów, prof. Józef Krzysztof Gierowski – Kierownik Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, zwracał uwagę na kontekst polityczny przyjmowanej ustawy i uzasadnienie ustawy jako działania w stanie wyższej konieczności, co – jak podkreślał – stoi w opozycji do porządku prawnego i ochrony praw człowieka. W swoim apelu podkreśla on, że „propozycje przyjęte w ustawie to czysta medykalizacja życia społecznego, nieuzasadniona naukowo, uproszczona, lecz niestety nośna medialnie, społecznie i politycznie". Przestrzegał on z całą mocą przed wykorzystywaniem instytucji psychiatrycznych do realizacji celów politycznych, wskazując na przykład ZSRR.

Po kilku latach funkcjonowania Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, przyszedł czas na odpowiedź czy rozwiązania prawno-instytucjonalne, społeczne i terapeutyczne, spełniły cel ustawy.

Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r., regulując w art. 25 pobyt w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, stanowi, że zostaje ona objęta postępowaniem terapeutycznym, którego celem jest poprawa stanu jej zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Ustawodawca podkreśla, że celem postępowania terapeutycznego jest poprawa stanu zdrowia i zachowania pacjenta. Zadaniem Ośrodka jest więc prowadzenie postępowania terapeutycznego.

Stworzony na mocy ustawy Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym miał być podmiotem leczniczym dla osób stwarzających zagrożenie. Ustawa wprowadza też nowy środek postpenalny, jakim jest nadzór prewencyjny.

Dziś, po kilku latach od wejścia w życie ustawy, mamy prawo ocenić czy KOZZD spełnia rolę podmiotu leczniczego, czy postępowanie terapeutyczne prowadzi do poprawy stanu zdrowia i zachowania pacjentów.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w raporcie z 2019 r. udziela odpowiedzi na te pytania, ukazując luki prawne i złą praktykę działania w Ośrodku. Raport odnosi się do wielu problemów, takich jak: naruszanie praw i obowiązków pacjentów określonych w regulaminie organizacyjno-porządkowym, który został wydany bez podstawy prawnej, z naruszeniem przepisów Konstytucji.

Zastrzeżenia wyrażone w raporcie dotyczą wielu problemów, m.in.: legalności pobytu osób przebywających w Ośrodku w ramach tzw. tymczasowego zabezpieczenia. Szczególne zastrzeżenia budzą warunki bytowe, w tym przeludnienie. Obecnie liczba pacjentów wynosi 90 osób, ale zapewne wkrótce się zwiększy, co powoduje już obecnie konieczność rozmieszczania pacjentów w salach z łóżkami piętrowymi.

W licznych skargach pacjenci zwracają się do Rzecznika Praw Obywatelskich o pomoc w rozwiązaniu podstawowych problemów bytowych, które znajdują swoje potwierdzenie w raporcie KMPT i dotyczą: ograniczeń spacerów, cenzury gazet codziennych i korespondencji, braku możliwości komunikowania się z osobami bliskimi przy pomocy nowoczesnej technologii (Skype), przygniatającej liczby pracowników ochrony (ponad 160 na 90 pacjentów), wyposażonych w pałki, kajdanki, wszechobecnego monitoringu – również w toaletach. Ograniczenia te powodują ogromną eskalację konfliktów.

Pacjenci składają skargi na złe traktowanie, na opresyjność warunków, arbitralność działań kierownictwa, naruszanie godności w związku z przeprowadzanymi kontrolami osobistymi, na brak przepustek losowych. Sprzeciwiając się takiemu traktowaniu organizują strajki głodowe, w których żądają zmian dotyczących sfery bytowej i uczynienia KOZZD miejscem, w którym będą przestrzegane prawa jednostki.

Zasadniczy cel pobytu pacjentów – poprawa stanu zdrowia i zachowania, który można zrealizować stosując odpowiednie postępowanie terapeutyczne – został zniweczony. Stosowane metody pracy terapeutycznej zostały zakwestionowane przez ekspertów KMPT.

W wyniku poważnych zaniedbań dotyczących funkcjonowania KOZZD, Rzecznik Praw Obywatelskich występował już 46 razy do instytucji odpowiedzialnych za ten Ośrodek. Pacjenci podejmują próby sprzeciwiania się stosowanym metodom oraz warunkom tam panującym, kierując liczne pozwy do Sądu Rejonowego w Gostyninie oraz podejmują próby składania skarg do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT) przeprowadzając w 2017 r. wizytację Ośrodka stwierdził, że „nie może pozbyć się wrażenia, iż istnieje ogólny problem z koncepcją prowadzonej tam terapii, w szczególności brakuje pomysłu na to, co robić z pacjentami, którzy odmawiają leczenia i rehabilitacji. (…) Komitet zatem rekomenduje poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Krajowym Ośrodku w Gostyninie".

KOZZD funkcjonuje, mimo krytyki, od 2014 r. Powstał na fali populizmu i konieczności izolowania seryjnego mordercy. Od samego początku istnienia, tworzono szczególną atmosferę wokół tej instytucji. Należy pamiętać, że powstawaniu Ośrodka towarzyszyła ogromna fala nienawiści w społeczeństwie. Posługiwano się – i nadal jest to czynione – językiem naruszającym godność pacjentów. Media utrwalały ten przekaz używając wobec pacjentów nazw fikcyjnych i realnych stworzeń, pozbawiając te osoby godności i eskalując, przy pomocy mowy nienawiści, konflikty.

Zły to sygnał, bo naszym zadaniem miało być tworzenie warunków powrotu pacjentów do wolności i funkcjonowania w społeczeństwie. Jednakże takie metody temu celowi dobrze nie służyły, budując postawy nienawistne.

Nie zabezpieczymy społeczeństwa przed osobami stwarzającymi zagrożenie, jeśli stosować będziemy pełną ich izolację, opartą na systemie nieznanym nawet systemom penitencjarnym państw, które nie charakteryzują się rządami demokratycznymi. Nie zabezpieczymy społeczeństwa i nie pomożemy pacjentom, jeśli potraktujemy ten sposób izolacji i stosowanej opresji jako właściwe rozwiązanie, gwarantujące efektywność terapii. Zarówno miejsce, jakim jest Ośrodek w Gostyninie, nie może pozostać zapomniane, jak i grupa umieszczonych tam mieszkańców nie może być zapomniana. Dlatego postanowiliśmy pokazać instytucję KOZZD w perspektywie prawnej, w tym w ujęciu prawno-porównawczym, jak również z punktu widzenia współczesnej psychiatrii.

Zamierzeniem naszym jest, by refleksje tu zaprezentowane, pozwoliły na wypracowanie nowego podejścia do osób z zaburzeniami dyssocjalnymi, opartego na najnowocześniejszych rozwiązaniach europejskich, z pełnym respektowaniem standardów międzynarodowych.

Ewa Dawidziuk

Luki w przepisach prawa powszechnie obowiązującego w zakresie izolacji postpenalnej w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym – omówienie wybranych zagadnień

I. Wstęp

Sześć lat funkcjonowania Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (dalej zwanego KOZZD lub Ośrodek) pokazało liczne luki prawne i błędy legislacyjne ustawy, na podstawie której powstało to miejsce pozbawienia wolności, a mianowicie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób[1] (zwanej dalej ustawą z dnia 22 listopada 2013 r.).

Ustawodawca stworzył „instytucję" izolacji postpenalnej dla osób, które w momencie skazania nie mogły przewidzieć, że po odbyciu kary pozbawienia wolności, nadal będą pozbawione wolności, tyle że nie w jednostce penitencjarnej, a w podmiocie leczniczym o charakterze terapeutycznym, jak określono KOZZD w art. 4 ustawy. Według danych na dzień 13 marca 2020 r. sądy w 88 sprawach zarządziły dotąd pozbawienie wolności poprzez umieszczenie w KOZZD, a w 120 orzekły zastosowanie nadzoru prewencyjnego[2], czyli środek ograniczający wolność.

Niniejszy rozdział monografii nie ma na celu omówienia każdego z przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., a jedynie zwrócenie uwagi na te, które są najbardziej istotne z perspektywy poszanowania praw jednostki. To swego rodzaju komentarz do wybranych jej regulacji, z uwzględnieniem dotychczasowej praktyki ich stosowania. Przedstawione wnioski zostały sformułowane w oparciu o liczne wizytacje KOZZD[3], w których autorka uczestniczyła, analizę akt sądowych umieszczonych w nim pacjentów, jak również wyniki postępowań wyjaśniających, prowadzonych na podstawie wniosków pacjentów Ośrodka, kierowanych do Biura RPO. Zidentyfikowanie niedostatków ustawy bądź jej błędów było również możliwe dzięki zorganizowanym seminariom, poświęconym temu zagadnieniu[4] oraz rozmowom z przedstawicielami zespołów

---

[1] Tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 2203. Ustawa weszła w życie w dniu 22 stycznia 2014 r., a pierwszy pacjent Mariusz T. został na jej podstawie umieszczony w KOZZD w dniu 29 kwietnia 2014 r.

[2] Dane przekazane do Biura RPO przez Zastępcę Dyrektora Generalnego SW, IX.517.1702.2017.

[3] Wizytacje przedstawicieli RPO w dniu 7 września 2015 r., 26 czerwca 2017 r., 5–7 marca 2018 r. oraz wizytacje Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) w dniu 5 lutego 2014 r., 7 września 2015 r., 18–20 lutego 2019 r.

[4] W dniu 8.11.2018 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pt. "Praktyczne problemy stosowania ustawy o postępowaniu wobec osób zaburzonych psychicznie stwarzających zagrożenie dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób"; w dniu 23.11.2019 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pt. „Seminarium na temat problemów z opiniowaniem i orzekaniem

terapeutycznych, zatrudnionych w więziennych oddziałach dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, w tym dla skazanych za przestępstwo określone w art. 197–203 kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, biegłymi opiniującymi w sprawach z ustawy i sędziami orzekającymi na jej podstawie. Ustawa jest także przedmiotem zainteresowania środowiska naukowego[5], dzięki czemu pojawia się coraz więcej publikacji z zakresu spraw objętych jej regulacją.

Tak zdobyta wiedza pozwala na stwierdzenie, że ustawa wymaga szerokiej nowelizacji, bowiem wiele przepisów rodzi problemy w stosowaniu ich w praktyce oraz licznych regulacji w ustawie brakuje[6]. Pilnej ingerencji prawodawcy wymagają również akty wykonawcze.

Poniżej opisano te wszystkie braki legislacyjne, które zostały przedstawione przez Rzecznika Praw Obywatelskich właściwym organom władzy. W indeksie nr 1 zamieszczono wykaz wystąpień Rzecznika w zakresie tej problematyki. W większości były one kierowane do Ministra Sprawiedliwości, który odpowiada legislacyjnie za nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., jak również do Ministra Zdrowia[7], któremu podlega Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym.

II. Nowelizacja ustawy z dnia 20 lutego 2015 r.

Ustawa była dotąd nowelizowana jedynie raz[8], poprzez dodanie przepisu art. 3a[9]. Nie miało to jednak zasadniczego znaczenia dla funkcjonowania KOZZD. Uczyniło ją natomiast temporalną, gdyż ten akt prawny nie będzie już mógł być zastosowany do czynów zabronionych popełnionych po 1 lipca 2015 r. Od tej daty obowiązują przepisy kodeksu karnego dotyczące środków zabezpieczających.

Przepis art. 93a k.k. przewiduje jeden izolacyjny środek – w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym. Pozostałe mają charakter wolnościowy. Są to elektroniczna kontrola miejsca

---

na podstawie ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób". Na Kongresie Kryminologicznym w PAN w dniach 25–26.09.2019 r. także kilka referatów było poświęconych temu zagadnieniu. Planowane są kolejne konferencje naukowe na ten temat.

5 Najnowsze wyniki badań zostały wydane przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, A. Gutkowska, J. Włodarczyk-Madejska, J. Klimczak, P. Sidor, Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych, IWS 2020.

6 Prace w Ministerstwie Sprawiedliwości nad uchwaleniem ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. toczyły się w pośpiechu bowiem zbliżał się koniec kary pozbawienia wolności Mariusza T. W mediach można znaleźć liczne artykuły, które tworzyły atmosferę strachu przed opuszczeniem jednostki penitencjarnej przez tę i inne osoby, które potencjalnie mogły nadal stwarzać zagrożenie dla społeczeństwa.

7 Wewnątrz resortu zdrowia nadzór nad działalnością KOZZD sprawowali kolejno wiceminister Zbigniew Król, Józefa Szczurek-Żelazko, Waldemar Kraska.

8 Dane na dzień 12.06.2020 r.

9 Przepis dodany przez art. 13 ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r. poz. 396.

pobytu, terapia i terapia uzależnień. Tytułem środka zabezpieczającego można również orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2–3 k.k. Co istotne, środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Przy czym przepis art. 93b § 5 k.k. stanowi jednocześnie, że sąd orzeka pobyt w zakładzie psychiatrycznym tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi. Kodeks karny stanowi o tym w przepisie art. 93g k.k. Zgodnie z jego brzmieniem, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy, który popełnił czyn w stanie niepoczytalności, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym. Z kolei skazując sprawcę, który popełnił czyn w stanie ograniczonej poczytalności, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym.

Zestawiając środki zabezpieczające z ustawą z dnia 22 listopada 2013 r., najważniejsze jest jednak brzmienie art. 93g § 3 k.k. Stanowi on bowiem, że skazując sprawcę za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1 k.k., popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych, na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

Analiza treści tej normy prawnej kodeksu karnego pozwala zatem stwierdzić, że obejmuje ona węższy zakres podmiotowy niż ten objęty przez art. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Trudno jednak rozstrzygnąć, czy było to celem ustawodawcy. W uzasadnieniu do ustawy nowelizującej nie znajdziemy wyjaśnienia tej kwestii[10].

III. Zakres podmiotowy ustawy

Zasadniczym przepisem określającym zakres podmiotowy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. jest art. 1, zgodnie z którym ustawa reguluje postępowanie wobec osób, które spełniają łącznie następujące przesłanki:

[10] Druk nr 2024 Sejmu VII kadencji.

1) odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności, wykonywaną w systemie terapeutycznym,
2) w trakcie postępowania wykonawczego występowały u nich zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych,
3) stwierdzone u nich zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub takie nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat.

Każdy z pacjentów umieszczonych w KOZZD o inna historia kryminalna, inny wymiar kary pozbawienia wolności, w pełni odbytej, czy zdiagnozowane zaburzenia. Drastycznie wzrastająca liczba osób tam umieszczanych pozwala jednak postawić tezę, że zbyt często sięga się po ten środek izolacji postpenalnej.

Według danych przekazanych do Biura RPO przez Centralny Zarząd Służby Więziennej[11], na dzień 17 marca 2020 r. łączna liczba złożonych przez dyrektorów zakładów karnych wniosków o uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie, w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., wynosi 275. Decyzje w przedmiotowym zakresie najczęściej podejmowane są w Zakładzie Karnym w Rzeszowie (84 wnioski) oraz Zakładzie Karnym w Sztumie (61 wniosków). Na trzecim miejscu uplasował się Areszt Śledczy w Starogardzie Gdańskim z liczbą 28 wniosków. Interesujący jest fakt, że Zakład Karny w Rawiczu, w którym funkcjonuje największy oddział terapeutyczny w Polsce dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi i upośledzonych umysłowo z pododdziałem dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych oraz dla osób uzależnionych od alkoholu i innych środków odurzających (pojemność 158 miejsc), złożył do tej pory tylko 4 takie wnioski.

W trakcie seminarium, jakie w dniu 23 listopada 2019 r. odbyło się w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pt. „Problemy z opiniowaniem i orzekaniem na podstawie ustawy z 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób"[12], kierownik oddziału terapeutycznego w Zakładzie Karnym w Rawiczu podkreśliła, że sam charakter popełnionego przestępstwa nie jest kryterium, które wskazuje, że taka osoba powinna być umieszczona w KOZZD. Zespół terapeutyczny diagnozuje osadzonego po przyjęciu do oddziału i prowadzi z nim zindywidualizowaną pracę. Opiniujący terapeuci starają się nie sięgać po przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Częściej natomiast dyrektor jednostki występuje do sądu karnego o zastosowanie środków zabezpieczających.

[11] Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, BP.412.2.2020.AZD/JK, stanowiące odpowiedź na wystąpienie Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 26 lutego 2020 r., IX.517.1702.2020.

[12] https://www.rpo.gov.pl/pl/content/funkcjonowanie-ustawy-o-osrodku-w-gostyninie-seminarium-rpo [dostęp: 13.06.2020 r.]

Powyższe pokazuje, że co do zasady organy uprawnione chętnie sięgają po możliwości jakie daje ustawa. Nie koresponduje to z założonym przeznaczeniem ustawy. Jak podkreślił bowiem TK w uzasadnieniu wyroku z 23 listopada 2016 r., ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. została uchwalona jako narzędzie niwelowania negatywnych skutków amnestii z dnia 7 grudnia 1989 r., na mocy której osobom skazanym na karę śmierci ustawodawca zamienił tę karę na karę 25 lat pozbawienia wolności[13]. Ustawa o amnestii, w połączeniu z brakiem uwzględnienia w ustawie z dnia 19 kwietnia 1969 r. – Kodeks karny, kary dożywotniego pozbawienia wolności, powodowała, że w okresie od 11 grudnia 1989 r. do 30 sierpnia 1998 r. wobec szczególnie niebezpiecznych sprawców przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu oraz wolności, mogła być orzeczona kara pozbawienia wolności w wymiarze maksymalnie 25 lat, przy jednoczesnym braku izolacji postpenalnej w obowiązującym wówczas porządku prawnym[14].

Jak pokazało 6 lat funkcjonowania ustawy, do Ośrodka w Gostyninie nie trafiły jednak wyłącznie osoby, o których wspominał Trybunał – skazane na karę śmierci zamienioną na 25 lat pozbawienia wolności[15]. Zaczęto umieszczać tam osoby, które przebywały w zakładzie karnym 7 lat, 4 lata czy 2 lata i 7 miesięcy – jak w przypadku jedynej kobiety umieszczonej w KOZZD, o której obszerny reportaż ukazał się w 2019 r.[16]. Jej sprawa do dzisiaj jest monitorowana przez Rzecznika Praw Obywatelskich.

1. Przesłanka pobytu w oddziale terapeutycznym

Na dzień 31 grudnia 2019 r. we wszystkich oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo, funkcjonujących w jednostkach penitencjarnych, przebywało 1638 skazanych. Są to osoby skierowane do odbywania kary w systemie terapeutycznym z uwagi na zaburzenia osobowości, upośledzenie umysłowe i zaburzenia preferencji seksualnych[17]. Te rodzaje zaburzeń są objęte zakresem podmiotowym ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., co pokazuje jak szeroki krąg osób ona obejmuje.

Zostało to dostrzeżone przez Rzecznika Praw Obywatelskich, który we wniosku z dnia 16 maja 2014 r. skierowanym do Trybunału Konstytucyjnego[18] podniósł, iż art. 1 pkt 1 ustawy w zakresie, w jakim określa, że ustawa reguluje postępowanie wobec osób, które odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności, wykonywaną w systemie terapeutycznym, jest niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Jak podkreślono we wniosku do TK,

---

13 Przepis art. 5 ust. 1 pkt 2 ustawy z 7 grudnia 1989 r. o amnestii.

14 Pkt. 184 i 185 uzasadnienia do wyroku TK.

15 W momencie uchwalania ustawy prowadzono demagogię strachu, że trafią do KOZZD „bestie". W tym kontekście zob. M. Płatek, Kreowanie „groźnych, niebezpiecznych i złych" [w:] Archiwum Kryminologii Nr 1, 2019.

16 https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/dobra-i-zla-janinka-dlaczego-panstwo-zawiodlo-obie/hl7nc5c [dostęp: 17.02.2020 r.].

17 Ibidem, Pismo Zastępcy Dyrektora Generalnego.

18 Numer sprawy: II.517.1093.2014, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wniosek-do-tk-ws-ustawy-o-postepowaniu-wobec-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi [dostęp: 12.06.2020 r.].

stosownie do art. 96 § 1 k.k.w., w systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 k.k., popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej. W myśl art. 96 § 2 k.k.w., w systemie terapeutycznym odbywają karę również skazani, o których mowa w art. 95 § 1 k.k., a więc skazani na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, w stosunku do których sąd orzekł umieszczenie w zakładzie karnym, w którym stosuje się środki lecznicze lub rehabilitacyjne. Ponadto, jeżeli przemawiają za tym względy lecznicze i wychowawcze, w oddziale terapeutycznym mogą odbywać karę także inni skazani, za ich zgodą (art. 96 § 3 k.k.w.).

Z przywołanych powyżej przepisów kodeksu karnego wykonawczego wynika, że w systemie terapeutycznym odbywają więc prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności nie tylko sprawcy najgroźniejszych przestępstw, lecz także sprawcy relatywnie mniej groźnych czynów zabronionych. Rzecznik podkreślał, że ustawa nie reguluje dostatecznie precyzyjnie kręgu osób, w stosunku do których narzędzia w niej określone mogą być zastosowane. Jeśli ustawodawca rzeczywiście chciał ograniczyć stosowanie ustawy do sprawców najgroźniejszych przestępstw, to powinien jasno dać temu wyraz poprzez odpowiednią, skonkretyzowaną redakcję przepisów ustawy. Przepis art. 1 pkt 1 ustawy nie spełnia zatem kryterium dostatecznej precyzji, w związku z czym krąg potencjalnych adresatów jest dość szeroki i różnorodny. Zagrożenia tego nie niwelują przesłanki określone w art. 1 pkt 2 i 3 ustawy, które mają charakter zawężający. Jak podkreślił RPO, potencjalnie mogą tą regulacją zostać objęte nawet osoby, które za swoją zgodą odbywają karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym (art. 96 § 3 k.k.w.)[19]. W takiej sytuacji chodzi jednak o innych skazanych niż ci określeni w art. 96 § 1 k.k.w. Tego rodzaju przypadku nie stwierdzono w toku rozmów z pacjentami KOZZD.

Trybunał Konstytucyjny nie podzielił poglądu RPO i orzekł[20], iż zakwestionowany przepis jest zgodny z postanowieniami ustawy zasadniczej.

W KOZZD jednak umieszczono dotąd co najmniej kilka osób, których przypadki zwróciły uwagę osób zainteresowanych praktyką stosowania ustawy, w kontekście zasadności ich pobytu w tym podmiocie leczniczym i interpretacji art. 1 ustawy. Jak podają sami sędziowie i prokuratorzy, a pokazują konkretne historie pacjentów, w praktyce okazało się, że nawet krótkotrwały pobyt w oddziale terapeutycznym jest wystarczający aby wobec skazanego uruchomić procedurę o uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie. Przepis art. 1 nie precyzuje bowiem jak długo i kiedy

---

[19] Treść wniosku do Trybunału Konstytucyjnego została opracowana przez autorkę niniejszej publikacji, stąd przytoczenie fragmentów z wniosku do TK.

[20] Wyrok TK z dnia 23.11.2016 r., sygn. akt K 6/14.

skazany musi odbywać karę w oddziale terapeutycznym, aby móc zostać objęty postępowaniem z ustawy. Problem ten ilustruje bulwersujący, podawany do publicznej wiadomości, przypadek mężczyzny, który odbywał karę 25 lat pozbawienia wolności w systemie zwykłym, a następnie po wejściu w życie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., na miesiąc przed końcem tej wieloletniej kary został zakwalifikowany przez komisję penitencjarną do odbywania kary w systemie terapeutycznym, co pozwoliło wszcząć postępowanie z ustawy i umieścić go w KOZZD, gdzie przebywa do dnia dzisiejszego[21]. Co więcej, w jego przypadku uruchomiono niemalże równolegle dwie procedury – karną o zastosowanie środków zabezpieczających w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu i obowiązku terapii oraz cywilną o uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie. Pacjent w pismach kierowanych do Biura RPO podnosił, że pracował przez całą karę jako stolarz, miał miesiąc do końca kary, był pewien, że wyjdzie z zakładu karnego z zastosowaniem SDE (sąd karny wydał już postanowienie w tym zakresie), po czym przewieziono go do innego zakładu karnego, poddano badaniom, a następnie umieszczono w Ośrodku w Gostyninie.

2. Pobyt w KOZZD osób chorujących psychicznie

Przepis art. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. określa zakres podmiotowy, stanowiąc że objęte są nim osoby wykazujące zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych.

Warto zwrócić uwagę, że do KOZZD niekiedy są kierowane osoby chorujące psychicznie, co stanowi nieprawidłową i niedopuszczalną sytuację.

W tym zakresie Sąd Najwyższy przesądził, że treść art. 1 ustawy wyklucza pobyt w Ośrodku w Gostyninie takich osób. Podkreślił, że wyszczególnienie zaburzeń w art. 1 ustawy jest wyczerpujące, a tym samym trzeba uznać, że pomija chorobę psychiczną. Pominięcie to nie jest przypadkowe, skoro w uzasadnieniu do projektu tej ustawy podkreślono, że specyficzne zaburzenia, o których mowa w art. 1 ust. 2, nie stanowią choroby psychicznej[22]. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. wymienia konkretne zaburzenia psychiczne: zaburzenia osobowości, zaburzenia preferencji seksualnych oraz upośledzenie umysłowe i jest to katalog zamknięty.

W glosie aprobującej to stanowisko SN podkreślono, że określenie osoby z zaburzeniami psychicznymi zostało sformułowane na potrzeby konkretnej ustawy i tym samym nie może być ono

21 Dr Ewa Dawidziuk przedstawiała ten kazus w czasie ogólnopolskiej konferencji w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie pt. "Praktyczne problemy stosowania ustawy o postępowaniu wobec osób zaburzonych psychicznie stwarzających zagrożenie dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób", jaka odbyła się w dniu 8 listopada 2018 r. Nawiązał do niego także prokurator Krzysztof Prochowski z Prokuratury Okręgowej w Gdańsku w czasie konferencji organizowanej w dniu 3 czerwca 2020 r. przez Instytut Wymiaru Sprawiedliwości pt. „Gdy kara nie wystarcza. O praktyce stosowania cywilnych środków postpenalnych wobec sprawców z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie dla społeczeństwa".

22 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2015 r., sygn. akt I CSK 825/14.

rozszerzane na cały system prawny niebędący „genetycznie" związany z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[23].

Mimo powyższego, Dyrektor Ośrodka w stosunku do trzech osób, które przebywają w Ośrodku, nadal przedkłada opinię, że są to osoby chore psychicznie, a Ośrodek nie jest miejscem w którym powinni przebywać. Co 6 miesięcy opinie takie trafiają do Sądu Okręgowego w Płocku, który na mocy art. 2 ust. 2 ustawy jest sądem właściwym do rozstrzygnięcia o potrzebie dalszego pobytu w KOZZD.

Problem z pobytem osób, które zdaniem biegłych sądowych na etapie procedowania o umieszczeniu w KOZZD mają zaburzenia objęte art. 1 ustawy, zaś w trakcie pobytu w Ośrodku ujawniły chorobę psychiczną, był podnoszony przez Rzecznika Praw Obywatelskich[24]. Może się bowiem zdarzyć, że biegli popełnią błąd w trakcie opiniowania i chorujący psychicznie trafi do Ośrodka w Gostyninie, zwłaszcza że w zakładach karnych według danych na koniec stycznia 2019 r. przebywało 412 osadzonych chorych psychicznie[25]. Z drugiej strony pacjent KOZZD, umieszczony tam prawidłowo, może zachorować w trakcie wieloletniego pobytu w tym miejscu pozbawienia wolności. Po trzecie, może dojść do sytuacji wystąpienia u pacjenta tzw. podwójnej diagnozy np. choroby psychicznej oraz zaburzeń osobowości.

Prowadzenie wobec osób chorujących psychicznie oddziaływań terapeutycznych, które są zasadniczym celem Ośrodka, jest niemalże niemożliwe. Osoby te powinny być leczone w szpitalu psychiatrycznym, w którym poza leczeniem farmakologicznym, będą poddane odpowiednim oddziaływaniom terapeutycznym – przeznaczonym dla osób chorych psychicznie. Pisma Dyrektora Ośrodka, kierowane w tej sprawie do właściwych sądów cywilnych (które zdecydowały o umieszczeniu danej osoby w KOZZD), nie skutkują jednak przeniesieniem tych pacjentów do placówki leczenia chorób psychicznych.

System prawny powinien przewidywać takie sytuacje[26]. Aktualnie brakuje jednak przepisów, które określałyby sposób postępowania z pacjentami Ośrodka, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną. Co do zasady powinny one umożliwiać przeniesienie ich z KOZZD do zakładu psychiatrycznego o odpowiednim poziomie zabezpieczenia (jeśli stwarzają bardzo wysokie zagrożenie dla otoczenia) bądź do domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób chorych psychicznie (jeśli nie stwarzają bardzo wysokiego niebezpieczeństwa dla społeczeństwa)[27]. Warto

---

[23] Glosa J. Ciechorski, PiM 2016/3/151–157.

[24] Wystąpienie RPO z dnia 5 grudnia 2017 r. do Ministra Sprawiedliwości, IX.517.1702.2017.

[25] Dane przekazane do Biura RPO przez Centralny Zarząd Służby Więziennej.

[26] Rzecznik Praw Obywatelskich kilkukrotnie podnosił kwestię tej luki prawnej – w pismach do Ministra Sprawiedliwości z 5 grudnia 2017 r., 22 listopada 2019 r., oraz do Prezesa Rady Ministrów z 27 lutego 2019 r. (IX.517.1702.2019), jednak pomimo zapewnienia, iż kwestia ta zostanie włączona do zagadnień, którymi zajmować się będzie zespół roboczy utworzony przez resort zdrowia i sprawiedliwości, do dnia dzisiejszego nie uregulowano tej materii.

[27] Podobnie, niezbędne jest stworzenie podstaw prawnych do takiego procedowania wobec skazanych, u których w trakcie pobytu w zakładzie karnym zdiagnozowano chorobę psychiczną, a ich dalszy pobyt w jednostce penitencjarnej zagraża ich życiu i zdrowiu. Wystąpienie RPO z dnia 29 grudnia 2016 r. i 13 lipca 2018 r., IX.517.570.2016.

zwrócić uwagę, że wskazuje się tu zakłady psychiatryczne a nie szpitale psychiatryczne. Ta nomenklatura ma znaczenie, gdyż tylko w oddziałach psychiatrii sądowej, czyli w zakładach psychiatrycznych o wzmocnionym czy maksymalnym zabezpieczeniu, są stworzone odpowiednie zabezpieczenia techniczno-ochronne, uniemożliwiające ucieczkę osobie, która stwarza bardzo wysokie zagrożenie dla społeczeństwa. Wydaje się, że zakłady psychiatryczne o podstawowym poziomie zabezpieczenia już tego wymogu nie spełniają.

Luka prawna w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. i nieuwzględnienie przez ustawodawcę takich okoliczności, nie pozwala Sądowi Okręgowemu w Płocku na zastosowanie wprost odpowiednich przepisów i podjęcie decyzji o przeniesieniu do innego podmiotu leczniczego, w którym pacjent również byłby izolowany od społeczeństwa. Aktualnie bowiem przesłanki z art. 47 ust. 1 ustawy pozwalają na wypisanie osoby z Ośrodka, jeżeli wyniki postępowania terapeutycznego i zachowanie tej osoby uzasadniają przypuszczenie, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny. Tymczasem w przypadku osób, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną, nie mamy do czynienia z pomyślnie przebytą terapią (osoby z aktywną psychozą nie będą bowiem poddawały się oddziaływaniom terapeutycznym właściwym dla zaburzeń osobowości, zaburzeń preferencji seksualnych), a jedynie z potrzebą jej pobytu w innego typu placówce, właściwej dla stwierdzonej u tej osoby choroby i jeśli jest taka potrzeba także izolowaniem jej od społeczeństwa.

Niereagowanie przez ustawodawcę na postulaty wprowadzenia stosownych zmian w ustawie, pogłębia problem. W Ośrodku umieszczane są bowiem nowe osoby chorujące psychicznie, a Sąd Okręgowy w Płocku nie podejmuje decyzji o przeniesieniu do innych placówek z racji braku właściwych norm w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. Możliwe wydaje się natomiast takie postępowanie, które z jednej strony doprowadzi do zwolnienia z Ośrodka, a z drugiej do przymusowego umieszczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, decyzją sądu opiekuńczego, na podstawie art. 23 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego[28]. Skoro dotychczasowe zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, takie rozwiązanie jest zdaniem autorki możliwe.

Przypadek umieszczonej w KOZZD kobiety pokazuje dodatkowo, że ustawodawca nie rozważał kwestii pobytu kobiet i mężczyzn, ich rozdzielenia w ramach Ośrodka bądź utworzenia odrębnej placówki dla stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa kobiet. Tymczasem fakt, że pani Janina S. jest aktualnie jedyną kobietą nie przesądza o tym, że więcej osób płci żeńskiej nie zostanie tam umieszczonych. Dlatego również ta kwestia powinna zostać uregulowana w ustawie[29].

---

[28] Tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1878.

[29] W tym przypadku można sięgnąć do przykładów zagranicznych i przesądzić w ustawie odrębny pobyt kobiet i mężczyzn, jak ma to miejsce w Niemczech, czy też wspólne zasady pobytu, wzorem holenderskich TBS.

3. Pacjenci KOZZD z niepełnosprawnością intelektualną

W kontekście interpretacji art. 1 ustawy warto przytoczyć stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w związku z rozpoznaniem jednej ze skarg kasacyjnych. Sąd Najwyższy stwierdził, że zaburzenia psychiczne, jakie wchodzą w zakres podmiotowy stosowania ustawy, w tym niedorozwój umysłowy, mogą wprawdzie łączyć się ze skłonnością do popełniania przestępstw, jednak mają charakter obiektywny, niezawiniony i nie poddają się leczeniu ani korekcie w postępowaniu resocjalizacyjnym. Przedmiotem oceny sądów powinna być zatem dopuszczalność orzekania środków izolacyjnych w odniesieniu do osób dotkniętych niedorozwojem umysłowym lub trwałym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, które niemal całe życie spędzają w różnych placówkach wychowawczych, poprawczych czy penitencjarnych lub szpitalach, cechują się deficytem funkcji intelektualnych i nieprzystosowaniem społecznym oraz popełniają czyny zabronione w stanie ograniczonej poczytalności. W stosunku do takich osób fakt, że choć wymagają oddziaływania terapeutycznego, odmawiają współpracy w tym zakresie i dochodzi do progresji ich czynów i zachowań, które dotąd nie przekroczyły granic wyznaczonych prognozą kryminologiczną, może nie być wystarczającą okolicznością do zakwalifikowania ich jako „osoby stwarzające zagrożenie" w rozumieniu art. 1 ustawy[30].

To ważne stanowisko SN powinno być uwzględniane przez sądy w toku procedowania na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. W przeciwnym razie KOZZD może stać się miejscem, do którego będą kierowane zbyt pochopnie osoby, które nie miały szans na poprawę swojego zachowania w jednostce penitencjarnej. Upośledzenie umysłowe jest bowiem stanem, który sprawia, że oddziaływania terapeutyczne prowadzone w Ośrodku nie będą skuteczne. W rezultacie zaś będzie to oznaczać, że spędzą tam resztę swojego życia.

Na tym tle warto przypomnieć, że rozróżnia się 4 stopnie upośledzenia umysłowego: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie. Jednak nawet u osób z upośledzeniem lekkim trudno jest dobrać odpowiednią formę terapii, a standardowa psychoterapia może wręcz nie odnieść zamierzonego efektu. W odniesieniu do pozostałych stopni upośledzenia, żadna forma psychoterapii, poza terapią zajęciową, nie będzie przynosiła efektu[31]. Upośledzenie może wystąpić również na podłożu organicznym, a wówczas osoba taka jest mało podatna na zmiany inne niż farmakologiczne[32].

W związku z tym, w literaturze przedmiotu dysfunkcje intelektualne są opisane jako kryteria wyłączające albo przynajmniej utrudniające psychoterapię[33]. Ważne jest również zwrócenie

---

30 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 marca 2017 r., sygn. akt V CSK 477/16.

31 Jeżeli mamy z taką osobą do czynienia w KOZZD, należy zadać pytanie jak to się stało, że przebywała ona uprzednio w zakładzie karnym, odbywając karę pozbawienia wolności. Badania na temat osób z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną były prowadzone przez przedstawicieli Rzecznika Praw Obywatelskich – zob. E. Dawidziuk, M. Mazur (red.), Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną osadzone w jednostkach penitencjarnych. Z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2017.

32 I. Yalom, M. Leszcz, Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006, s. 212.

33 S. Kratochvil, Podstawy psychoterapii, Zysk i spółka, Poznań, 2003, s. 198.

uwagi na kwestię motywacji do psychoterapii w przypadku osób z upośledzeniem intelektualnym. Cele psychoterapii będą trudne do osiągnięcia w przypadku tej kategorii osób. Trudno zatem mówić o osiągnięciu celów pobytu w KOZZD.

Ponadto, osoby upośledzone mają gorsze umiejętności adaptacyjne, gorzej radzą sobie z przeżywanymi emocjami, czasami w zupełnie inny sposób, jak np. przez agresję lub autoagresję. Powoduje to, że gorzej znoszą też izolację[34].

Obecnie wśród pacjentów Ośrodka w Gostyninie znajdują się osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Ustawa objęła je bowiem zakresem podmiotowym w sytuacji, gdy stwarzają bardzo wysokie zagrożenie dla społeczeństwa. Niezależnie od uwag powyżej dotyczących udziału w terapii i skuteczności oddziaływań w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, obecnie tak została skonstruowana izolacja postpenalna w Polsce. Jej model holenderski czy niemiecki nakazuje jednak stworzenie im różnego rodzaju form aktywizacji i dobrych warunków życia, co zapewne ma znaczenie dla tej kategorii osób i może poprawić im jakość życia w takim miejscu jak KOZZD.

IV. Akty wykonawcze do ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

Na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. wydano następujące akty wykonawcze:

1) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym[35];
2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 listopada 2018 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd[36];
3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym[37];
4) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego[38].

To zaledwie 4 akty wykonawcze, przy czym dwa pierwsze były nowelizowane, wprowadzając kontrowersyjne zmiany, na które warto zwrócić uwagę.

Jeżeli chodzi o rozporządzenie z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, nowelizacji poddano przepis dotyczący wielkości pokoi,

---

[34] Zob. I. Fajfer-Kruczek, Adaptacja osób z niepełnosprawnością intelektualną do izolacji penitencjarnej–stan obecny oraz możliwe ukierunkowanie działań w zakresie modyfikacji istniejących rozwiązań. Studia Pedagogiczne, 2017, s. 241–253.

[35] Tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1480.

[36] Dz. U z 2018 r. poz. 2186.

[37] Dz. U. z 2014 r. poz. 88.

[38] Dz. U. z 2014 r. poz. 87.

w których są kwaterowani pacjenci KOZZD. W czasie pierwszej nowelizacji zwrot „sale jednoosobowe" zmieniono na „sale dwuosobowe"[39], zaś kolejna nowelizacja zamieniła zwrot „sale nie większe niż 2-osobowe" na zwrot „sale łóżkowe"[40]. Mając świadomość wciąż zwiększającej się liczby pacjentów Ośrodka (na dzień 29 czerwca 2020 r. było to 90 pacjentów), trudno zrozumieć prawodawcę, który zmieniając rozporządzenie usankcjonował funkcjonowanie pokoi wieloosobowych. Uczynił to przy tym nie w momencie, gdy zaszła konieczność umieszczania pacjentów w pokojach większych niż pojedyncze czy podwójne, ale wówczas gdy konieczne było rozmieszczanie ich po 7–8 osób w salach z łóżkami piętrowymi, znanymi pacjentom z cel mieszkalnych w jednostkach penitencjarnych. Nowelizacja miała miejsce po znacznym upływie czasu od zaistnienia tego problemu, ale jednocześnie w momencie, kiedy Sąd Rejonowy w Gostyninie mierzył się z rozpoznawaniem wielu pozwów pacjentów KOZZD o zadośćuczynienie z powodu złych warunków bytowych w Ośrodku[41]. Część zadośćuczynień została przyznana właśnie w związku z naruszeniem treści przepisów ww. rozporządzenia, stanowiącego o salach 2-osobowych.

Nowelizacja uchyliła także treść przepisu stanowiącego o wyposażeniu sal mieszkalnych w węzeł sanitarny i przymocowanie trwale łóżek do podłogi, pozwalające na dostęp z trzech stron (§3 ust. 3 pkt 1 i 2). Ta zmiana także stanowiła usankcjonowanie realnych warunków bytowych, które już dawno nie pozwalały na takie rozwiązanie, przewidziane w pierwotnej wersji rozporządzenia.

Omawiany akt wykonawczy w dalszym ciągu przewiduje natomiast w § 2, że liczba łóżek w Ośrodku dla osób umieszczonych wynosi 60 oraz że w przypadku przekroczenia liczby 10 osób umieszczonych, liczba łóżek w Ośrodku ulega zwiększeniu odpowiednio do liczby kolejnych osób umieszczonych, z tym że nie może przekroczyć 60. Taka treść przepisu jest utrzymywana mimo wciąż rosnącej liczby pacjentów i faktu, że już od dawna ustawowa liczba pacjentów została przekroczona[42]. Mimo to, nowelizując rozporządzenie o Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w dniu 3 września 2018 r., nie zmieniono tego przepisu. W praktyce zatem prawodawca pozostawia Dyrektora KOZZD w sytuacji, gdy rozporządzenie stanowi o 60 łóżkach w KOZZD, przy braku wolnej przestrzeni na dostawianie kolejnych i wciąż przybywającej liczbie osób skierowanych tam na podstawie prawomocnych postanowień sądu o uznaniu za osobę stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa, wobec czego Dyrektor Ośrodka nie może odmówić ich przyjęcia. Niewątpliwie stawia go to w trudnej

39 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 września 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, Dz. U. z 2015 r. poz. 1347.

40 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, Dz. U. z 2018 r. poz. 1734.

41 W świetle informacji, jakie wpłynęły do Biura RPO z Sądu Rejonowego w Gostyninie, liczba pozwów skierowanych przez pacjentów KOZZD kształtowała się następująco: rok 2017 – 3; 2018 – 17; 2019 – 20; 2020 – 13 (do dnia 24.06.2020 r.).

42 Na dzień 31 grudnia liczba pacjentów KOZZD w poszczególnych latach wynosiła: 2014 r. – 3, 2015 r. – 19, 2016 r. – 33, 2017 r. – 44, 2018 r. – 65, 2019 r. – 75, na dzień 25 czerwca 2020 r. – 90.

sytuacji, tworzy atmosferę napięcia wśród personelu podmiotu leczniczego, jak i pacjentów, co w trakcie wizytacji tego miejsca jest wyczuwalne.

V. Pobyt w KOZZD osób innych niż uznane prawomocnie za stwarzające zagrożenie dla społeczeństwa

Niezbędne jest wskazanie, że w Ośrodku w Gostyninie, mimo bardzo trudnych warunków bytowych jakie tam panują, przebywają nie tylko osoby, w stosunku do których sąd wydał prawomocne postanowienie o uznaniu za osobę stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa. Sądy umieszczają bądź mogą tam umieścić jeszcze trzy inne kategorie osób:

– osoby, wobec których nie zapadło jeszcze postanowienie w przedmiocie uznania za osobę stwarzającą zagrożenie, jednakże sąd zastosował zabezpieczenie cywilne w postaci umieszczenia w KOZZD;
– osoby, które zostały skierowane do KOZZD na obserwację psychiatryczną w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 listopada 2018 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd[43].
– osoby skierowane przez sąd karny w ramach orzeczonego środka zabezpieczającego na terapię stacjonarną zaburzeń preferencji seksualnych – w związku z treścią obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej[44].

1. Zabezpieczenie cywilne

Oprócz opisanych aktów wykonawczych, które mogą prowadzić do skierowania do KOZZD w oparciu o inną okoliczność niż uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa, sama ustawa, w powiązaniu z przepisami kodeksu postępowania cywilnego, stała się w praktyce sądów podstawą do umieszczania w Ośrodku w trybie tymczasowym. Sądy nie mogły bowiem sięgnąć po przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o tymczasowym pozbawieniu wolności. W tym zakresie istnieje luka prawna, na którą kilkukrotnie zwracał uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich[45], podkreślając, że niezbędne jest ustawowe i precyzyjne określenie ram prawnych

43 W 2019 r. w tym trybie skierowano do KOZZD 1 osobę.
44 M.P z 2020 r. poz. 93.
45 Wystąpienie RPO z dnia 2 marca 2017 r., 28 grudnia 2017 r. oraz 7 maja 2018 r., nr sprawy IV.567.1.2016.

ograniczenia wolności osobistej jednostki, terminów stosowania środków tymczasowych oraz gwarancji okresowego badania przez sąd zasadności ich przedłużania.

Wobec braku regulacji prawnych, które pozwalałyby tymczasowo izolować od społeczeństwa osoby, co do których toczy się procedura na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., sądy cywilne nadal pozbawiają te osoby wolności w KOZZD w oparciu o przepisy o zabezpieczeniu cywilnym. Jak podkreślają sędziowie, dzieje się tak z tego powodu, że procedura uzyskania opinii biegłych: psychologa, psychiatry, seksuologa, trwa zwykle długo, mimo traktowania tych spraw w sądach priorytetowo. Zdarza się, że biegli odmawiają sporządzenia opinii w sprawach prowadzonych na podstawie ustawy, a sądy muszą sięgać po specjalistów z innych części Polski. W przeszłości występowały także przypadki kierowania przez dyrektora zakładu karnego wniosku do sądu o wszczęcie postępowania w sprawie uznania skazanego za stwarzającego zagrożenie, tuż przed końcem kary pozbawienia wolności (w jednym skrajnym przypadku było to na kilka dni przed zakończeniem odbywania kary pozbawienia wolności).

To wszystko uniemożliwia niekiedy wydanie prawomocnego orzeczenia w tym przedmiocie przed terminem opuszczenia zakładu karnego przez skazanego. W obawie przed popełnieniem przestępstwa, zwłaszcza na szkodę małoletniego, sądy postanawiają o pozbawieniu człowieka wolności w KOZZD na podstawie zabezpieczenia cywilnego. W toku rozmów z sędziami[46] powtarzały się opinie, że instrukcyjny dla dyrektorów zakładów karnych termin 8 miesięcy (ustalony przez Dyrektora Generalnego Służby Więziennej pismem z dnia 17 lutego 2015 r.; uprzednio był to termin 6 miesięcy) przed końcem kary, dla wniosków kierowanych o uznanie skazanego za stwarzającego zagrożenie dla społeczeństwa, jest niewystarczający i zbyt krótki aby móc rozstrzygnąć w tym przedmiocie, biorąc pod uwagę trudności z pozyskaniem biegłych w tego typu sprawach.

Rzecznik Praw Obywatelskich postulował wydłużenie czasu w jakim są składane wnioski do 12 miesięcy, jednakże uzyskał w tym zakresie odpowiedź odmowną[47]. Jak wskazał Dyrektor Generalny Służby Więziennej, po uzyskaniu przez skazanego informacji o złożonym wniosku dochodzi do zachwiania poczucia bezpieczeństwa i pewności, co do swojej przyszłości. Najczęściej wiąże się to z utratą motywacji do dalszej pracy nad sobą, pomimo iż decyzja sądu nie musi skończyć się orzeczeniem o umieszczeniu w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym. Stąd, dalsze wydłużanie tego okresu budzi kolejne dylematy etyczne i jest szkodliwe

---

46 Dr Hanna Machińska oraz dr Ewa Dawidziuk odbyły spotkania z sędziami wydziałów cywilnych w: SO w Płocku 4 stycznia 2019 r., SO w Gdańsku 12 czerwca 2019 r., SO w Rzeszowie 4 lipca 2019 r., SO w Gliwicach 4 września 2019 r., SO w Szczecinie 15 października 2019 r., SO w Łodzi 12 listopada 2019 r. – w ich trakcie dyskutowano o praktycznych problemach w stosowaniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

47 Wystąpienie RPO z dnia 10 lipca 2019 r. do Dyrektora Generalnego SW; odpowiedź Dyrektora Generalnego SW z dnia 1 sierpnia 2019 r.

z punktu widzenia możliwości realizowania wobec skazanego Indywidualnego Programu Terapeutycznego.

Trudno zgodzić się z takim stanowiskiem Służby Więziennej, skoro oddziaływania terapeutyczne i efekty stosowanych oddziaływań powinny być prowadzone na długo przed okresem 12 miesięcy, jaki pozostaje skazanemu do końca kary. Poza tym w praktyce osoby, które potencjalnie mogą być objęte postępowaniem z ustawy, są typowane w jednostkach penitencjarnych znacznie wcześniej. Zrozumiały jest niepokój osób objętych postępowaniem, ale z punktu widzenia gwarancyjnego właściwsze byłoby stworzenie warunków do prawomocnego rozstrzygnięcia przed opuszczeniem jednostki penitencjarnej. To też dałoby skazanym poczucie pewności sytuacji, której nie mają jeśli procedura nie zakończy się do ostatniego dnia pobytu w zakładzie karnym. Znamy przypadki osób, które przez rok żyły w środowisku wolnościowym, założyły rodziny, pracowały, po czym sąd zdecydował o pozbawieniu wolności w KOZZD. Coraz częściej jednak osoby po zakończeniu kary nie przebywają na wolności, ale są jej pozbawione w Ośrodku w trybie zabezpieczenia cywilnego.

Wobec pojawiających się wątpliwości co do podstawy prawnej stosowanego zabezpieczenia cywilnego w postaci pozbawienia wolności w Ośrodku, jeden z sądów apelacyjnych skierował pytanie prawne do Sądu Najwyższego o następującej treści: „czy na podstawie odesłania zawartego w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. dopuszczalne jest odpowiednie stosowanie w postępowaniu o uznanie osoby za stwarzającą zagrożenie prowadzonym w trybie art. 9 i nast. tej ustawy przepisów Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu zabezpieczającym? W wypadku pozytywnej odpowiedzi na powyższe pytanie: czy na podstawie odpowiednio stosowanych art. 755 § 1 w zw. z art. 730 k.p.c. sąd rozpoznający sprawę o uznanie osoby za stwarzającą zagrożenie prowadzoną w trybie art. 9 i nast. ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. może udzielić wnioskodawcy zabezpieczenia polegającego na zastosowaniu środka w postaci umieszczenia osoby, której dotyczy wniosek, w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym na czas od momentu zakończenia odbywania przez tę osobę kary pozbawienia wolności do momentu prawomocnego zakończenia postępowania o uznanie tej osoby za stwarzającą zagrożenie?"

W dniu 30 stycznia 2019 r. Sąd Najwyższy podjął uchwałę w składzie trzech sędziów[48] orzekając, że zabezpieczenie cywilne polegające na pozbawieniu wolności w KOZZD bądź ograniczeniu wolności w postaci nadzoru prewencyjnego, jest niedopuszczalne.

Ponieważ jest to uchwała w składzie 3 sędziów SN, z formalnego punktu widzenia nie ma ona jednak mocy wiążącej dla sądów. Spowodowało to sytuację, że sądy mając świadomość argumentacji Sądu Najwyższego, nadal stosują zabezpieczenie cywilne jako podstawę umieszczenia

[48] Uchwała SN, sygn. akt III CZP 75/18, publ. OSNC z 2019 r., nr 6, poz. 68.

w KOZZD, do czasu rozstrzygnięcia przez sąd czy dany człowiek, który zakończył odbywanie kary, zostanie uznany za stwarzającego zagrożenie dla społeczeństwa czy też nie. Ustawodawca w dalszym ciągu nie wprowadził bowiem podstawy prawnej do takich działań.

Wobec takiego stanu rzeczy, w dniu 29 listopada 2019 r. Rzecznik Praw Obywatelskich, dr hab. Adam Bodnar, skierował pytanie prawne do Sądu Najwyższego[49], wnosząc o rozstrzygnięcie występujących w orzecznictwie rozbieżności w wykładni przepisów prawa przez powiększony skład 7 sędziów SN, w kwestii czy w postępowaniu toczącym się na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. przepisy art. 2 ust. 3 ustawy[50] w zw. z art. 730 § 1 k.p.c.[51] w zw. z art. 755 § 1 k.p.c.[52] mogą stanowić podstawę udzielenia zabezpieczenia cywilnego polegającego na pozbawieniu wolności w KOZZD.

Wiążące dla sądów rozstrzygnięcie SN będzie istotne i być może przyczyni się do podjęcia przez Ministra Sprawiedliwości pilnej inicjatywy legislacyjnej[53] i nowelizacji ustawy w aspekcie tymczasowego pozbawienia wolności do czasu prawomocnego rozstrzygnięcia przez sąd o dalszych losach osoby, która zakończyła odbywanie kary. Brak przepisów odnoszących się do tej kwestii, gwarancji procesowych, które pozwolą na zaskarżenie postanowienia sądu oraz okresową weryfikację potrzeby dalszego pozbawienia wolności, stanowi problem od 6 lat. Takie przepisy są potrzebne. Jak podkreślają sędziowie, stawiając na szali wolność osobistą danego człowieka a dobro jednostek słabszych, w tym dzieci, które potencjalnie mogą stać się ofiarą osoby, która opuściła mury więzienia, decydują obecnie o zastosowaniu zabezpieczenia cywilnego. Czynią to wobec faktu, że ustawodawca nie dał im żadnych narzędzi, środków tymczasowych, pozwalających na odizolowanie od społeczeństwa wzorem tymczasowego aresztowania – obwarowanego terminami i określonymi gwarancjami procesowymi.

---

[49] Znak sprawy w Biurze RPO IV.567.4.2018.

[50] Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.: W postępowaniu sądowym stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.) o postępowaniu nieprocesowym ze zmianami wynikającymi z niniejszej ustawy, z tym że do środków odwoławczych wnoszonych przez osobę, której dotyczy postępowanie uregulowane w niniejszej ustawie, nie ma zastosowania art. 368 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego.

[51] Art. 730 § 1 k.p.c.: W każdej sprawie cywilnej podlegającej rozpoznaniu przez sąd lub sąd polubowny można żądać udzielenia zabezpieczenia.

[52] Art. 755 § 1 k.p.c. Jeżeli przedmiotem zabezpieczenia nie jest roszczenie pieniężne, sąd udziela zabezpieczenia w taki sposób, jaki stosownie do okoliczności uzna za odpowiedni, nie wyłączając sposobów przewidzianych dla zabezpieczenia roszczeń pieniężnych. W szczególności sąd może:
1) unormować prawa i obowiązki stron lub uczestników postępowania na czas trwania postępowania;
2) ustanowić zakaz zbywania przedmiotów lub praw objętych postępowaniem;
3) zawiesić postępowanie egzekucyjne lub inne postępowanie zmierzające do wykonania orzeczenia;
4) uregulować sposób roztoczenia pieczy nad małoletnimi dziećmi i kontaktów z dzieckiem;
5) nakazać wpisanie stosownego ostrzeżenia w księdze wieczystej lub we właściwym rejestrze.

[53] Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości – Marcin Warchoł, poinformował RPO o powołaniu zespołu wewnątrzresortowego, który ma się zająć nowelizacją ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. w zakresie stworzenia podstaw prawnych do tymczasowego pozbawienia wolności.

2. Obserwacja psychiatryczna w KOZZD

Przepis art. 13 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. stanowi, że jeżeli biegli lekarze psychiatrzy zgłoszą taką konieczność, badanie psychiatryczne może być połączone z obserwacją w zakładzie psychiatrycznym. O obserwacji sąd orzeka w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku biegłych, określając miejsce i czas jej trwania oraz termin jej rozpoczęcia. Czas trwania obserwacji nie może przekroczyć 4 tygodni. W sprawie miejsca obserwacji sąd nie ma jednak pola do swobodnej decyzji, w związku z tym, że na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 listopada 2018 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd, uchylające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd[54].

Na mocy wskazanych aktów wykonawczych, w okresie od 22 stycznia 2014 r.[55] do 22 listopada 2018 r., zakładem psychiatrycznym wykonującym obserwację orzeczoną przez sąd na podstawie art. 13 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. był Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu. Ten zakład psychiatryczny o maksymalnym zabezpieczeniu, w związku z przejmowaniem jego pomieszczeń na potrzeby KOZZD, w praktyce przestał jednak funkcjonować w dniu 15 czerwca 2018 r.[56], zatem de facto od tej daty obserwacja psychiatryczna nie mogła być tam wykonywana, mimo nadal obowiązującego wówczas rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r.

Od dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację, tj. dnia 23 listopada 2018 r., zakładem takim jest Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie.

Wskazanie KOZZD w tym rozporządzeniu jest błędem z kilku powodów. Po pierwsze, katalog osób jakie mogą zostać umieszczone w KOZZD jest zamknięty i art. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. nie wymienia w nim osób skierowanych na obserwację, czyli pobyt tych osób w Ośrodku narusza przepisy ustawy. Po drugie, KOZZD nie jest zakładem psychiatrycznym. Jest podmiotem leczniczym, którego zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie. Ponadto, w KOZZD, wobec braku możliwości lokalowych, nie ma wydzielonego, odrębnego oddziału dla osób skierowanych na obserwację – osoby te są umieszczane z pacjentami KOZZD, w oddziałach mieszkalnych. Sytuację tę należy ocenić krytycznie.

---

[54] Dz. U z 2014 r. poz. 86.

[55] Data wejścia w życie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

[56] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie likwidacji Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu, Dz.Urz.MZ z 2018 r. poz. 46.

Należy również zwrócić uwagę, że w KOZZD obserwację prowadzą i przygotowują opinię te same osoby, które uczestniczą w postępowaniu terapeutycznym z pacjentami umieszczonymi w Ośrodku. Zatem w przypadku, gdy osoba poddana obserwacji zostanie na mocy postanowienia sądu uznana za osobę stwarzającą zagrożenie i skierowana do KOZZD, może być utrudnione nawiązanie relacji terapeutycznej. Pacjent będzie bowiem zdawać sobie sprawę, że to opinia pracowników Ośrodka miała istotne znaczenie przy podejmowaniu decyzji przez sąd. Należy także podnieść ryzyko jakie wiąże się z opiniowaniem przez osoby, które zarządzają danym miejscem i mogą kierować się własnym interesem na etapie wydawania opinii. Takie zagrożenie zawsze istnieje, gdy pełni się dwojakiego rodzaju role – na etapie przed umieszczeniem, jak i po tym fakcie. Nie ma też możliwości odwołania się od takiej opinii.

Wydaje się, że prawodawca bez głębszej refleksji wskazał KOZZD jako zakład psychiatryczny do przeprowadzania obserwacji na etapie postępowania w sprawie uznania za osobę stwarzającą zagrożenie, nie biorąc pod uwagę, że ROPS w Gostyninie był faktycznie zakładem psychiatrycznym o maksymalnym poziomie zabezpieczenia. KOZZD przejął po nim wszystkie pomieszczenia i kadrę, ale to nie znaczy, że powinien też przejąć jego rolę w aspekcie opiniowania, zwłaszcza że nie ma ku temu warunków bytowych. Należy również podnieść, że na terenie kraju funkcjonują dwa zakłady psychiatryczne o maksymalnym poziomie zabezpieczenia – w Starogardzie Gdańskim i w Branicach, które mogły zostać wyznaczone jako zakłady psychiatryczne, w których jest prowadzona obserwacja psychiatryczna.

W końcu, po wielokrotnym zgłaszaniu uwag w powyższym zakresie, Minister Zdrowia przygotował projekt z dnia 4 czerwca 2020 r. nowelizujący rozporządzenie w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd, wyznaczając ROPS w Starogardzie Gdańskim jako podmiot, który będzie ją przeprowadzał[57]. W Ocenach Skutków Regulacji odnotowano, że uznano to za konieczne „z uwagi na znaczne przekroczenie liczby osób umieszczanych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie na podstawie postanowienia sądu o uznaniu osoby za stwarzającą zagrożenie, co uniemożliwia prawidłowe prowadzenie obserwacji psychiatrycznej, a także może mieć negatywny wpływ na proces terapeutyczny". Rzecznik Praw Obywatelskich pozytywnie zaopiniował proponowane zmiany[58].

3. KOZZD miejscem wykonywania środka zabezpieczającego w postaci terapii stacjonarnej

Prawodawca, przydzielając zadania Ośrodkowi w Gostyninie, poszedł jeszcze dalej w swych działaniach niż wskazane wyżej. Mianowicie, w załączniku nr 2 do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych

[57] https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12335054 [dostęp: 4.07.2020 r.].

[58] Wystąpienie RPO z dnia 30 czerwca 2020 r. do Ministra Zdrowia, IX.022.1.2020.

do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej, Minister Zdrowia wskazał KOZZD jako podmiot leczniczy przeznaczony do wykonywania środka zabezpieczającego w postaci terapii stacjonarnej, z liczbą łóżek 60. W poprzednio obowiązującym obwieszczeniu liczba miejsc była określona na 53[59] i już wówczas Rzecznik Praw Obywatelskich występował do Ministra Zdrowia[60] o pilną nowelizację obwieszczenia i wykreślenie Ośrodka z tego wykazu.

Wydanie nowego obwieszczenia w styczniu 2020 r., które w swojej treści nie zmieniło przewidzianego w nim przeznaczenia KOZZD, a wręcz zwiększyło liczbę łóżek przeznaczonych dla sprawców przestępstw, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci terapii stacjonarnej zaburzeń preferencji seksualnych, pozwala sądzić, że jest to celowy zabieg prawodawcy. Co więcej, Minister Zdrowia poszerzając zadania Ośrodka w Gostyninie, z wykazu podmiotów leczniczych, przeznaczonych do wykonywania terapii stacjonarnej dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych w ramach orzeczonego środka zabezpieczającego, wykreślił Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy (30 łóżek dla mężczyzn, 10 dla kobiet). Tego rodzaju terapię mają zatem obecnie prowadzić jedynie KOZZD (60 łóżek – bez określenia dla osób jakiej płci zostały one przeznaczone) oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku (30 łóżek – dla mężczyzn).

Powyższe tworzy faktycznie dwutorową możliwość umieszczania w KOZZD, zarówno przez sądy karne, rozstrzygające w przedmiocie środków zabezpieczających, jak i przez sądy cywilne, prowadzące sprawy o uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa. Zagrożenie jest realne, zwłaszcza że orzeczenie środka z art. 93c k.k. w postaci terapii nie wymaga zasięgnięcia opinii Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających, działającej przy Ministrze Zdrowia[61]. Oznacza to, że sąd karny orzekając terapię w KOZZD, w związku ze wskazaniem Ośrodka do tego celu w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, może nie mieć świadomości o braku możliwości lokalowych aby umieścić tam kolejne osoby, nie wspominając o ich wyizolowaniu

---

[59] Uprzednio było to obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2018 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej, M.P. z 2018 r. poz. 342.

[60] Wystąpienia RPO w tym temacie do Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r., 21 stycznia i 6 marca 2019 r., 7 lutego 2020 r. oraz 2 czerwca 2020 r.

[61] Zadania Komisji Psychiatrycznej do spraw Środków Zabezpieczających określa przepis art. 201 § 1a k.k.w. W jej skład wchodzi jeden przedstawiciel KOZZD, o czym stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 119), jednakże nie może się to w żaden sposób przełożyć na wykonywanie środka zabezpieczającego w postaci terapii stacjonarnej, gdyż Komisja opiniuje wyłącznie w aspekcie wykonywania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym.

od pacjentów KOZZD, co powinno mieć miejsce w sytuacji umieszczania osób na różnych podstawach prawnych. Tymczasem już obecnie osoby skierowane na obserwację psychiatryczną do KOZZD, czy umieszczone tam tymczasowo w trybie zabezpieczenia cywilnego, przebywają wspólnie z osobami prawomocnie uznanymi za stwarzające zagrożenie dla społeczeństwa. Należy to ocenić krytycznie i podkreślić, że naraża to Skarb Państwa na odpowiedzialność odszkodowawczą, a samego Dyrektora KOZZD stawia w niezwykle trudnej sytuacji i niemożliwej do zanegowania wobec obowiązujących przepisów prawa, które jest zobowiązany przestrzegać.

Nie możemy też jednak zapominać o konieczności respektowania przez Polskę Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Wydaje się natomiast, że przy kumulacji uciążliwości jakich doświadczają umieszczane w Ośrodku osoby, już obecnie dochodzi do naruszenia postanowień tej Konwencji. Skargi skierowane przez pacjentów KOZZD do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu czekają jednak na rozpoznanie[62].

Minister Zdrowia, mimo kilkukrotnych postulatów RPO znowelizowania ww. aktów wykonawczych[63], nie podjął dotąd inicjatywy prawodawczej w kierunku wskazanym przez Rzecznika. Oznacza to, że w porządku prawnym funkcjonują regulacje, które przy obecnych problemach KOZZD w postaci braku miejsc, pozwalają sądom kierować tam kolejne osoby oprócz pacjentów uznanych za stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa. Niepodejmowanie dotychczas działań przez Ministra Zdrowia w zakresie znowelizowania aktów wykonawczych należy ocenić negatywnie. Pogłębia to bowiem jeszcze bardziej trudności związane z funkcjonowaniem Ośrodka w Gostyninie, wprowadzając niedopuszczalny chaos legislacyjny.

Treść wskazanych aktów wykonawczych narusza też przepisy wyższego rzędu, jakim jest ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. Przepis art. 4 ust. 3 tej ustawy stanowi bowiem, że zadaniem Ośrodka jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie, umieszczonych w Ośrodku. Oznacza to zatem, że dotyczy to wyłącznie osób objętych zakresem podmiotowym art. 1 ustawy. Z takim poglądem kompatybilne są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, które określa liczbę łóżek przeznaczonych dla osób umieszczonych w Ośrodku na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniaө mi psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Nie ma tam mowy o miejscach przeznaczonych dla jakichkolwiek innych osób, skierowanych do KOZZD na innych podstawach prawnych niż ustawa z dnia 22 listopada 2013 r.

---

[62] Z posiadanych przez autorkę informacji wynika, że jedną skargę w imieniu pacjenta KOZZD złożyła Helsińska Fundacja Praw Człowieka (zob. https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/pacjent-gostynina-skarzy-sie-do-strasburga,195.html), dwie pozostałe skierowali pacjenci bądź ich pełnomocnicy.

[63] Wystąpienia RPO w tym temacie do Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r., 21 stycznia i 6 marca 2019 r. oraz 7 lutego 2020 r. oraz 2 czerwca 2020 r., IX.517.1702.2017.

4. Przetrzymywanie pacjenta w KOZZD bez podstawy prawnej

Oprócz kwestii tymczasowego pozbawienia wolności do czasu rozstrzygnięcia przez sąd w oparciu o przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., luka prawna odnosi się również do braku możliwości dalszego przetrzymywania pacjenta w KOZZD po uchyleniu wyroku przez Sąd Najwyższy[64]. W Biurze RPO był badany przypadek osoby, która bezpodstawnie była przetrzymywana w Ośrodku w Gostyninie. W procesie karnym obowiązuje zasada, że wykonaniu podlega orzeczenie prawomocne. Z chwilą uchylenia prawomocnego wyroku wykonanie kary i środka karnego ustaje. Sąd Najwyższy, uchylając orzeczenie, może zastosować środek zapobiegawczy, w tym – tymczasowe aresztowanie oskarżonego na podstawie art. 538 § 1 i 2 k.p.k. W związku z tym, z chwilą uchylenia wyroku wykonanie kary ustaje z mocy samej ustawy i nie jest w tym celu potrzebne odrębne orzeczenie. Oskarżony może być w danej sprawie nadal pozbawiony wolności tylko na podstawie orzeczenia sądu kasacyjnego o zastosowaniu tymczasowego aresztowania. Nie stosując tego środka, sąd kasacyjny powinien wydać nakaz zwolnienia oskarżonego, jeżeli w danej sprawie był pozbawiony wolności[65].

Odpis wyroku kasacyjnego uchylającego zaskarżony wyrok, wraz z nakazem zwolnienia, stanowi podstawę zwolnienia osadzonego z jednostki penitencjarnej o czym stanowi § 120 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 23 czerwca 2015 r. w sprawie czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawienie wolności oraz dokumentowania tych czynności[66]. Analogicznych regulacji brak jest jednak w kodeksie postępowania cywilnego, w oparciu o przepisy którego toczy się procedura z ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Nie jest również możliwe wywiedzenie nakazu zwolnienia z art. 398 w zw. z art. 415 k.p.c., które odnoszą się do przywrócenia stanu rzeczy sprzed prawomocności orzeczenia, ani wskazanie w takim przypadku podstawy prawnej dla dalszego przebywania osoby w KOZZD, w sytuacji uchylenia wyroku do ponownego rozpoznania.

W takim przypadku nie można również zastosować procedury zabezpieczenia wniosku. Zgodnie bowiem z art. 757 k.p.c. zabezpieczenie takie upada po upływie miesiąca od uprawomocnienia się orzeczenia o uznaniu za osobę stwarzającą zagrożenie i umieszczeniu w Ośrodku lub poddaniu nadzorowi prewencyjnemu.

Ustawa zawiera zatem niezwykle istotną lukę prawną, która będzie prowadziła do ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej przez Skarb Państwa za bezprawne pozbawienie wolności. Niezbędne jest precyzyjne uregulowanie sytuacji procesowej po uchyleniu prawomocnego orzeczenia przez Sąd Najwyższy na skutek rozpoznania kasacji. Sąd ten nie dysponuje bowiem

---

[64] Wystąpienie RPO z dnia 24 marca 2016 r., IV.567.1.2016.

[65] J. Grajewski, S. Steinbom, Komentarz do art. 538 k.p.k., teza 1, LEX/el. 2015.

[66] Dz. U. z 2015 r. poz. 927.

obecnie wyraźną kompetencją do nakazania zwolnienia osoby osadzonej w KOZZD, ani też do wydania rozstrzygnięcia o dalszym przebywaniu w Ośrodku. Wyraźnie brakuje zatem regulacji w zakresie środków tymczasowych stosowanych wobec osób objętych procedurą z ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

Ponadto, w ustawie nie znajdziemy także regulacji analogicznych do tych przewidzianych w art. 34 § 4 k.k.w. Zgodnie z jego brzmieniem, w wypadku stwierdzenia niezgodnego z prawem pozbawienia wolności, sędzia penitencjarny niezwłocznie zawiadamia o tym organ, do którego dyspozycji osoba pozbawiona wolności pozostaje, a w wypadku odbywania przez nią kary lub wykonywania wobec niej środka, o którym mowa w art. 32 k.k.w. – organ, który skierował orzeczenie do wykonania, a w razie potrzeby zarządza zwolnienie takiej osoby. W przypadku KOZZD, organem wizytującym jest sędzia wizytator z Sądu Okręgowego w Płocku. Mimo odnotowywania przez sędziego w sprawozdaniach z wizytacji Ośrodka przypadków bezprawnego pozbawienia wolności – po uchyleniu przez SN wyroku do ponownego rozpoznania, czy po utrzymaniu w mocy przez Sąd Apelacyjny w Łodzi postanowienia SO w Płocku o zwolnieniu pacjenta z KOZZD, sędzia nie ma uprawnień do zarządzenia natychmiastowego zwolnienia z tego podmiotu leczniczego. Notatki z wizytacji są jedynie przesyłane do Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Dostrzeganie tak poważnych nieprawidłowości jak bezprawność pozbawienia wolności powinno mieć swoje konsekwencje i prowadzić do natychmiastowego zwolnienia pacjenta z KOZZD. Ustawodawca pozostawił jednak lukę prawną także w tym zakresie.

5. Kumulacja różnych podstaw pozbawienia wolności

Jak pokazała dotychczasowa praktyka, ustawodawca nie rozstrzygnął w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. jeszcze jednej kwestii. Mianowicie, co ma pierwszeństwo wykonania – kara pozbawienia wolności w zakładzie karnym bądź środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym czy terapia w KOZZD.

Kwestia braku określenia jaki środek, mający taki sam skutek w postaci pozbawienia wolności – ma pierwszeństwo wykonania, ujawniła się na tle sprawy Mariusza T., który w trakcie pobytu w KOZZD został skazany za posiadanie materiałów pornograficznych na karę 5 lat i 6 miesięcy pozbawienia wolności. Po uprawomocnieniu się tego wyroku, przez okres trzech lat odraczano wykonanie tej kary w związku z pobytem skazanego w KOZZD. W 2019 r. sąd karny zdecydował jednak, że kolejna sprawa karna jaka toczy się w Sądzie Rejonowym w Gostyninie o posiadanie pornografii w Ośrodku oraz opinia okresowa na temat Mariusza T. sprawiają, że zasadnym jest podjęcie decyzji o skierowaniu wyroku do wykonania. Sąd Okręgowy w Płocku, do którego zażalenie wniósł adwokat pacjenta, nie zdecydował się skierować pytania prawnego w tej kwestii

do Sądu Najwyższego, na podstawie art. 390 k.p.c.[67], mimo że sprawa pod względem prawnym nie jest oczywista.

Przy zbiegu dwóch sankcji (karnej i cywilnej), mających identyczny skutek w postaci pozbawienia wolności, sąd pierwotnie decydował o wykonywaniu terapii, mimo że przepis art. 9 k.k.w. stanowi o bezzwłocznym wszczęciu postępowania wykonawczego, gdy orzeczenie stało się wykonalne[68]. Podjęcie przez sąd karny w Sądzie Rejonowym w Gostyninie decyzji o przetransportowaniu pacjenta KOZZD do zakładu karnego, celem odbycia kary, postawiło sąd cywilny w Sądzie Okręgowym w Płocku przed problemem wydania postanowienia o zwolnieniu z Ośrodka. Do dnia dzisiejszego postanowienie takie nie zostało wydane. Zgodnie bowiem z art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., sąd uwzględniając wniosek pacjenta, wniosek kierownika Ośrodka albo z urzędu, może w każdym czasie postanowić o wypisaniu osoby z KOZZD, jeżeli wyniki postępowania terapeutycznego i zachowanie tej osoby uzasadniają przypuszczenie, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny. Zdaniem autorki, nie zaszły przesłanki uzasadniające zwolnienie wskutek pozytywnie przeprowadzonej terapii, niemniej jednak pacjent nie stanowi zagrożenia dla społeczeństwa z powodu pozbawienia go wolności w innej placówce niż KOZZD – w zakładzie karnym. Brak wydania postanowienia o wypisaniu z KOZZD rodzi kolejne wątpliwości – na jakiej podstawie Dyrektor KOZZD wykreślił Mariusza T. z listy pacjentów Ośrodka.

Opisany przypadek pozwala stwierdzić, że każdy z organów zajmujących się tą sprawą na swój sposób rozstrzyga w przedmiocie pierwszeństwa wykonania wydanych przez sąd orzeczeń. Przy tak ważnym postępowaniu jakim jest pozbawienie wolności, zbiegu różnych tytułów prawnych stanowiących podstawę izolowania od społeczeństwa, postępowanie organów państwa powinno być jasne i precyzyjnie, określone przepisami prawa[69]. Nie powinno ono pozostawiać pola do różnych interpretacji, a tak było w tym przypadku. Kwestia ta wymaga uregulowania wzorem art. 80 § 3 k.k.w., w którym to przepisie wskazano na sposób postępowania w przypadku kolizji kary pozbawienia wolności i środka zabezpieczającego[70].

Nasuwa się również pytanie co stanie się z Mariuszem T. po odbyciu przez niego w pełni kary pozbawienia wolności. Procedura jaką można przewidywać to włączenie ewentualnie kolejnego wyroku karnego do wykonania (o ile taki zapadnie), a następnie po odbyciu kary pozbawienia wolności ponowny wniosek dyrektora zakładu karnego, o ile uzna to za konieczne, w sprawie uznania

---

[67] Art. 390 § 1 k.p.c. Jeżeli przy rozpoznawaniu apelacji powstanie zagadnienie prawne budzące poważne wątpliwości, sąd może przedstawić to zagadnienie do rozstrzygnięcia Sądowi Najwyższemu, odraczając rozpoznanie sprawy. Sąd Najwyższy władny jest przejąć sprawę do rozpoznania albo przekazać zagadnienie do rozstrzygnięcia powiększonemu składowi tego Sądu.

[68] Art. 9 § 3 k.k.w. Postanowienie w postępowaniu wykonawczym staje się wykonalne z chwilą wydania, chyba że ustawa stanowi inaczej lub sąd wydający postanowienie albo sąd powołany do rozpoznania zażalenia wstrzyma jego wykonanie.

[69] Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił z postulatem podjęcia inicjatywy legislacyjnej w tym zakresie do Ministra Sprawiedliwości pismem z dnia 22 listopada 2019 r., IX.517.1702.2017.

[70] Art. 80 § 3 k.k.w. W wypadku skierowania do wykonania orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wobec skazanego, który odbywa karę wymierzoną innym orzeczeniem, o kolejności wykonania kary i środka zabezpieczającego rozstrzyga sędzia penitencjarny.

za osobę stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa i umieszczenie w KOZZD. Należy jednak pamiętać, że ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. może być stosowana wobec osób, które popełniły czyn zabroniony przed dniem 1 lipca 2015 r. Po tej dacie w grę wchodzą przepisy o środkach zabezpieczających. Tę uwagę czynię w kontekście kolejnej sprawy karnej jaka toczy się w Sądzie Rejonowym w Gostyninie przeciwko Mariuszowi T.

Można natomiast zastanawiać się czy uruchamianie nowej procedury z ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. jest konieczne, skoro Sąd Okręgowy w Płocku nie wydał postanowienia o wypisaniu z KOZZD. Czy to ma oznaczać, że automatycznie po zakończeniu kary pozbawienia wolności zostanie on przetransportowany z jednostki penitencjarnej do Ośrodka? Zdaniem autorki na to pytanie należy odpowiedzieć negatywnie. W czasie pobytu w zakładzie karnym skazany może bowiem zostać skierowany przez komisję penitencjarną do odbywania kary w oddziale terapeutycznym, gdzie powinien być poddawany terapii dostosowanej do stwierdzonych u niego zaburzeń. Stąd powinien też zostać poddany ocenie pod koniec odbywania kary (w końcu to okres ponad 5 lat) czy nadal stwarza zagrożenie dla społeczeństwa i czy istnieją przesłanki do wystąpienia o izolację postpenalną – czy to na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., czy na podstawie przepisów kodeksu karnego o środkach zabezpieczających.

Powyżej opisany problem jest wielowątkowy. Wyrok jaki zapadł wobec Mariusza T. był wysoki. Co jednak w sytuacji, gdy sąd wyda wyrok krótkoterminowej kary pozbawienia wolności. Czy w takich przypadkach sąd również będzie skłonny podjąć decyzję o skierowaniu go do wykonania? Pytanie pozostaje w tym momencie nie rozstrzygnięte i trudno również jednoznacznie przesądzić co byłoby właściwsze. Zapewne ocena powinna być zindywidualizowana, dopóki nie określi tego ustawodawca.

Na tym tle warto także podnieść, że dla pacjentów KOZZD popełnienie przestępstwa i uzyskanie wyroku skazującego, może być formułą na opuszczenie tego podmiotu leczniczego. Mogą do tego dążyć biorąc pod uwagę ich wypowiedzi, z których przebija się jedno stwierdzenie: „w zakładzie karnym było lepiej". To niebezpieczna sytuacja i należy zdawać sobie z niej sprawę.

Oprócz zbiegu kary pozbawienia wolności i terapii w KOZZD, potencjalnie może dojść również do zbiegu orzeczonego wobec pacjenta środka zabezpieczającego w postaci zakładu psychiatrycznego oraz terapii w Ośrodku w Gostyninie. Stanie się tak, gdy w toku postępowania karnego związanego z przestępstwem popełnionym przez pacjenta w Ośrodku, biegli stwierdzą, że był on niepoczytalny w momencie popełnienia czynu zabronionego. Sąd powinien wówczas zastosować środek zabezpieczający. Jak wiemy mogą być to środki wolnościowe (terapia, terapia uzależnień, elektroniczna kontrola miejsca pobytu) bądź w przypadkach wskazanych w ustawie środek izolacyjny w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym. Jak postąpi sąd karny w przypadku wydania takiego postanowienia trudno przesądzić, ale pokazuje to na kolejną lukę prawną wymagającą rozstrzygnięcia przez ustawodawcę.

Można sobie również wyobrazić, że wobec pacjenta KOZZD w toczącej się sprawie karnej sąd postanowi o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania. Do tej pory takie sytuacje miały miejsce w stosunku do osób, wobec których stosowano nadzór prewencyjny.

VI. Zwolnienie z KOZZD

Zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy sąd, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego, ustala, czy jest niezbędny dalszy pobyt w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie. Kierownik Ośrodka co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię lekarza psychiatry o stanie zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku i o wynikach postępowania terapeutycznego; opinię taką jest obowiązany przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia tej osoby uzna, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny. Za sporządzenie opinii nie przysługuje wynagrodzenie. Z ustalenia w tym zakresie sporządza się notatkę do akt sprawy.

Analiza tej regulacji pozwala stwierdzić, że przytoczony przepis wymaga nowelizacji[71]. Powinien on przewidywać obligatoryjny udział obrońcy, prokuratora i stanowić o składzie 3-osobowym sądu. Decyzja zaś o przedłużeniu pobytu w KOZZD, a więc pozbawieniu wolności, powinna przybrać formę postanowienia sądu, które jest zaskarżalne. Obecnie dzieje się to na podstawie notatki do akt sprawy, bez sprecyzowania co powinna ona zawierać i bez udziału pacjenta. Taka formuła w przypadku pozbawienia wolności odbiega od wszelkich standardów postępowania wymaganych dla tego rodzaju decyzji.

Brak gwarancji proceduralnych w przypadku przedłużania pobytu pacjenta KOZZD stanowi odstępstwo od zasad przyjętych w podobnych przypadkach. Mianowicie weryfikacja potrzeby dalszego pobytu osoby internowanej także ma miejsce co 6 miesięcy. Dokonuje jej sąd karny właściwy dla miejsca pobytu internowanego. Ustawodawca przewidział obecność internowanego na posiedzeniu sądu, na którym zapada rozstrzygnięcie co do dalszego pobytu i obligatoryjny udział obrońcy. Ponadto, istnieje możliwość zaskarżenia postanowienia o przedłużeniu pobytu w zakładzie psychiatrycznym do sądu wyższej instancji.

Zarówno umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w ramach środka zabezpieczającego, jak również pobyt w KOZZD, stanowią pozbawienie człowieka wolności w podmiocie leczniczym. Gwarancje proceduralne powinny być zatem identyczne.

[71] Zob. również E. Dawidziuk, Izolacja od społeczeństwa po odbyciu w pełni kary pozbawienia wolności [w:] Archiwum Kryminologii Nr 1, 2019, s. 246–247.

W kontekście przepisu art. 46 ust. 1 ustawy należy również zwrócić uwagę, że jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu do wyroku z dnia 23 listopada 2016 r.[72], wynikająca z art. 46 ust. 1 ustawy norma prawna nie spełnia standardu ochrony wolności osobistej, wynikającego z orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, ani standardu konstytucyjnego. Minimalna gwarancja jaka przysługuje bowiem osobie umieszczonej w KOZZD zawiera się w art. 11 ustawy, co oznacza konieczność sięgnięcia przez sąd do opinii dwóch biegłych psychiatrów niezwiązanych instytucjonalnie z Ośrodkiem, a w sprawie osoby o zaburzonej osobowości ponadto biegłego psychologa, zaś w przypadku osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych także biegłego lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa[73]. Na etapie procedowania w kontekście zwolnienia z KOZZD powinni zatem orzekać tacy biegli, którzy wydawali opinię na etapie postępowania w przedmiocie uznania za osobę stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa.

Do dnia dzisiejszego wskazany przepis art. 46 ust. 1 ustawy nie został znowelizowany, mimo że projekt nowelizacji ustawy trafił do laski marszałkowskiej[74]. Zmiany nastąpiły natomiast na polu praktyki orzeczniczej SO w Płocku, który uwzględnia kategorię i liczbę biegłych przy procedurze zwolnienia, w myśl stanowiska Trybunału Konstytucyjnego.

Rzecznik Praw Obywatelskich opiniował projekt nowelizacji ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. w tym aspekcie, w korespondencji z Komisją Ustawodawczą Senatu RP[75]. Odniósł się jednak szerzej niż tylko w przedmiocie implementacji wyroku TK. Podkreślił, że sytuacja, w której sąd decyduje o sytuacji obywatela, który w dalszym ciągu jest pozbawiony wolności, a jednocześnie nie przysługuje mu na tę decyzję środek zaskarżenia, może naruszać dyspozycję art. 31 ust. 1 w zw. z art. 41 ust. 1 i art. 45 ust. 1 w zw. z art. 78 Konstytucji RP. Dodatkowo taka sytuacja może naruszać dyspozycję art. 5 ust. 1 EKPC. Prawo krajowe, zezwalając na pozbawienie wolności, musi być wystarczająco dostępne, precyzyjne i przewidywalne w swym zastosowaniu, aby uniknąć ryzyka arbitralności.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wypracowany został również standard, w myśl którego osoba pozbawiona wolności w pewnych sytuacjach ma prawo do realizacji prawa do obrony poprzez uczestnictwo w posiedzeniu sądu i bycie wysłuchanym przez sąd. W wyroku z dnia 22 marca 2017 r.[76] Trybunał stwierdził, że wynikające z konstytucyjnego prawa do sądu gwarancje udziału w czynnościach procesowych oraz wysłuchania przez sąd przysługują bezpośrednio

---

[72] Sygn. akt K 6/14.

[73] RPO przypominał o konieczności implementacji wyroku TK w tym zakresie pismem z dnia 5.12.2017 r. skierowanym do Ministra Sprawiedliwości, IX.517.1702.2017.

[74] Senacki projekt ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób wpłynął do Sejmu w dniu 2 lipca 2018 r. i został skierowany do pierwszego czytania w komisjach (na tym prace się zakończyły), Druk sejmowy nr 2757 VII kadencji Sejmu.

[75] Pismo RPO z dnia 22 maja 2018 r., IX.022.1.2018.

[76] Sygn. akt SK 13/14.

osobie, której sytuacji dotyczyć ma decyzja sądu. Mając na uwadze fakt, iż TK rozpoznawał zagadnienie prawne na kanwie sprawy dotyczącej udziału sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym w posiedzeniu sądu procedującego w przedmiocie dalszego jego pobytu w tym zakładzie, zasadnie należy oczekiwać wprowadzenia podobnego standardu do postępowania sądu procedującego w trybie art. 46 ustawy. Prawo do bycia wysłuchanym, powinno obejmować również sytuacje, gdy sąd proceduje w przedmiocie wypisania z Ośrodka w trybie art. 47 ustawy.

VII. Nadzór prewencyjny

Oprócz pozbawienia wolności w KOZZD, ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. przewiduje też możliwość orzeczenia środka ograniczającego wolność, czyli nadzór prewencyjny. Mimo braku szczegółowych badań aktowych w tym zakresie, można jednak wskazać kilka kwestii praktycznych, które rodzą problemy w kontekście stosowania tego środka.

Po pierwsze, ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. powinna przewidywać możliwość zastosowania Systemu Dozoru Elektronicznego (SDE) przy nadzorze prewencyjnym. Ten sprawdzony już w Polsce system elektronicznej kontroli miejsca pobytu mógłby pomóc funkcjonariuszom Policji, wykonującym zadania związane z nadzorem prewencyjnym i stanowić większą gwarancję kontroli osoby objętej tym środkiem ograniczenia wolności. Wymaga to wprowadzenia odpowiednich zmian do ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Obecnie bowiem jedynie kara pozbawienia wolności może być wykonywana w SDE bądź sąd może orzec elektroniczną kontrolę miejsca pobytu jako środek zabezpieczający.

Kontrola zachowania danej osoby poprzez SDE, weryfikacja gdzie przebywa, czy uczestniczy w terapii, dawałaby sądowi większą pewność kontroli zachowania skazanego niż obecna formuła nadzoru prewencyjnego, który w głównej mierze opiera się na monitorowaniu zachowania osoby objętej nadzorem przez funkcjonariuszy Policji.

Zdaniem autorki, dla Sądu Okręgowego w Płocku możliwość zastosowania SDE na etapie zwolnienia pacjenta z KOZZD, przy obejmowaniu pacjenta nadzorem prewencyjnym, byłaby zapewne dodatkowym, swego rodzaju zabezpieczeniem, które mogłoby zachęcić do podjęcia decyzji o zwolnieniu z Ośrodka. Przesłanki podjęcia takiej decyzji są sprecyzowane w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r., jednakże ustawa nie określa już jak w praktyce kontrolować osobę zwolnioną, a także w jaki sposób jej pomóc, jakie instytucje są zobowiązane ją wesprzeć. Te zagadnienia związane z tematem pomocy instytucjonalnej po opuszczeniu KOZZD-u także powinny zostać sprecyzowane w ustawie – na wzór pomocy postpenitencjarnej. To ewidentna luka prawna, jeśli spojrzymy na to przez pryzmat uprzednich wieloletnich pobytów pacjentów Ośrodka w zakładzie karnym. Gdyby osoby te wychodziły na wolność prosto z jednostki penitencjarnej, mogliby sięgnąć do określonych regulacji prawnych. Na etapie opuszczenia KOZZD brakuje jakichkolwiek

norm prawnych, które odnosiłyby się do pomocy w readaptacji społecznej – wsparcia finansowego, lokalowego, rzeczowego, itd.

Po drugie, z zagadnieniem wykonywania nadzoru prewencyjnego wiąże się również nierozerwalnie problem braku miejsc w podmiotach prowadzących terapię zaburzeń preferencji seksualnych. To obecnie już tylko 3 placówki w Polsce, co sprawia, że osoby objęte nadzorem prewencyjnym są zmuszone podróżować na znaczne odległości, aby móc realizować obowiązki nałożone przez sąd na mocy art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Przepis ten, który stanowi, że w postanowieniu o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego sąd wskazuje podmiot leczniczy, w którym postępowanie terapeutyczne ma być prowadzone, stanowi problem dla samych sądów. Muszą one bowiem wskazać konkretny podmiot leczniczy, do którego ma się udać pacjent, jednak jego ustalenie jest bardzo trudne[77]. Rodzi się obawa, że stosowanie nadzoru prewencyjnego jest utrudnione lub wręcz niemożliwe, jeżeli tylko 3 podmioty w całym kraju realizują terapię zaburzeń preferencji seksualnych w ramach kontaktu z NFZ, a wyznaczenie podmiotu prywatnego jest niedopuszczalne. W przypadku zaburzeń osobowości, jakie mogą być leczone przez lekarza psychiatrę, czy uzależnienia od alkoholu, trudność taka nie występuje.

Na tym tle należy podkreślić, że rolą państwa jest stworzyć placówki terapeutyczne, jeżeli kierowanie do nich przewidują przepisy prawa. Jest to problem, który powinien zostać niezwłocznie wyeliminowany przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak reakcji na uwagi zgłaszane przez sądy, będzie stanowił przyzwolenie na istnienie fikcji prawnej. Funkcjonowanie trzech podmiotów leczniczych, które w ramach NFZ prowadzą obecnie w Polsce terapię zaburzeń preferencji seksualnej – w Krakowie, Rzeszowie i Tychach – jest wysoce niewystarczające[78]. Przy tego rodzaju zaburzeniach o jakich tutaj mówimy, sieć profesjonalnie działających placówek, prowadzących terapię, odgrywa dużą rolę. Tymczasem obecnie trudnością jest konieczność dojeżdżania kilkaset kilometrów do miejsca terapii, co wiąże się z koniecznością przeorganizowania codziennego życia przez osobę objętą nadzorem – wzięcie urlopu w pracy, zgody pracodawcy, przeznaczenia na to określonych środków finansowych, zorganizowanie możliwości dotarcia do miejsca docelowego, a w końcu także zaangażowanie funkcjonariuszy Policji z różnych miejscowości, którzy wykonują czynności związane z nadzorem prewencyjnym.

Po trzecie należy zwrócić uwagę na treść art. 21 ustawy, zgodnie z którym:

1. Sąd może, na wniosek komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny lub z urzędu, orzec o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeżeli osoba ta uchyla się od obowiązku poddania się postępowaniu

[77] RPO skierował w tej sprawie wystąpienie do Ministra Zdrowia w dniu 25 czerwca 2020 r., IX.517.1864.2018.

[78] Nie można też uznać, że skierowanie do podmiotu leczniczego komercyjnego stanowi jakiekolwiek rozwiązanie, w sytuacji gdy pacjent deklaruje pokrywanie kosztów terapii – taki przypadek jest znany praktyce sądowej i był opisany w trakcie konferencji organizowanej przez IWS w dniu 3 czerwca 2020 r.

terapeutycznemu lub od obowiązków wynikających ze sprawowanego nad nią nadzoru prewencyjnego.

2. Sąd orzeka o umieszczeniu w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeżeli zachodzą okoliczności określone w art. 14 ust. 3.

Na tle tego przepisu sądy miały niekiedy wątpliwości co w praktyce ma oznaczać, że sąd „z urzędu" może orzec o pozbawieniu wolności w KOZZD osoby, wobec której stosowano nadzór. Rozważały czy to wymaga podejmowania przez sąd postępowania quasi-wykonawczego, dopytywania się Komendanta Policji o przebieg nadzoru prewencyjnego[79]. Wydaje się, że taka aktywność sądu nie jest oczekiwana przez ustawodawcę. Sąd powinien mieć przekazywane informacje o przebiegu nadzoru prewencyjnego przez poszczególne organy Państwa – głównie Policję, ale można też wyobrazić sobie przekazanie danych przez podmiot prowadzący terapię, ośrodek pomocy społecznej czy kuratora.

Wątpliwości mogą rodzić się także na gruncie interpretacji paragrafu 1 i 2 tego przepisu. Pierwszy stanowi bowiem o fakultatywnym orzeczeniu zamiany nadzoru prewencyjnego na KOZZD – jeżeli osoba uchyla się od obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu lub od obowiązków wynikających ze sprawowanego nad nią nadzoru prewencyjnego. Drugi posługuje się już jednak zwrotem wskazującym na obligatoryjność orzeczenia zmiany środków – z ograniczenia wolności na pozbawienie wolności – jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że jest to niezbędne ze względu na bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Należy uznać, że w żadnym przypadku, gdy nie zostanie stwierdzone bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu przez daną osobę, nie powinna ona zostać skierowana do KOZZD, nawet gdyby uchylała się od udziału w terapii czy nie dopełniała obowiązków związanych z nadzorem[80]. Sam fakt uchylania się od terapii może jednak spowodować wzrost ww. prawdopodobieństwa z wysokiego na bardzo wysoki. Przepis powinien zostać doprecyzowany, aby nie pozostawiać wątpliwości co do procedowania przez sąd w przedmiocie zamiany nadzoru prewencyjnego na pozbawienie wolności w Ośrodku w Gostyninie.

Należy w nim także zapisać skład orzekający w tym przedmiocie – trzech sędziów zawodowych oraz obowiązkowy udział prokuratora i pełnomocnika osoby objętej nadzorem, czyli analogicznie jak zostało to określone w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Sąd Najwyższy

---

[79] Taki problem został zgłoszony przez sądy w czasie spotkań, jakie były prowadzone na temat ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. przez przedstawicielki RPO w 2019 r.

[80] Zob. A. Gutkowska, J. Włodarczyk-Madejska, J. Klimczak, P. Sidor, Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych, IWS 2020, s. 17–18.

podjął w tej sprawie uchwałę[81], przesądzając te kwestie w toku rozpoznawania zagadnienia prawnego przedstawionego przez jeden z sądów apelacyjnych[82]. W toku nowelizacji należy wprowadzić te zasady proceduralne wprost do ustawy. Niezależnie bowiem od tego, czy sąd proceduje na podstawie wniosku złożonego przez dyrektora zakładu karnego w celu uznania osoby za stwarzającą zagrożenie (postanawia o zastosowaniu nadzoru bądź umieszczeniu w KOZZD) czy też sąd zajmuje się tym zagadnieniem następczo, na wniosek komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny albo z urzędu, to charakter postępowania jest taki sam. Sąd rozstrzyga o ograniczeniu wolności bądź pozbawieniu wolności, co wymaga zachowania tych samych minimalnych gwarancji procesowych.

Ustawa wymaga nowelizacji także w zakresie normy zawartej w art. 24 ust. 1. Zgodnie z jego brzmieniem sąd uchyla nadzór prewencyjny, jeżeli nie zachodzą już okoliczności o których mowa w art. 14 ust. 2 ustawy (wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego) albo jeżeli osoba stwarzająca zagrożenie została umieszczona w Ośrodku. Taka treść art. 24 ustawy nie daje zatem sądowi podstaw do uchylenia nadzoru prewencyjnego w sytuacji osadzenia osoby stwarzającej zagrożenie w jednostce penitencjarnej czy w zakładzie psychiatrycznym[83]. To oczywista luka prawna, która rodzi praktyczne problemy. Z formalnego punktu widzenia osoba pozbawiona wolności w areszcie czy w oddziale psychiatrii sądowej, nie ma uchylonego nadzoru, ponieważ nie zachodzą przesłanki zawarte w tym przepisie.

Ponadto, nowelizacji wymaga również przepis art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., który wskazuje na właściwość sądu. Zgodnie z jego brzmieniem, czynności określone w rozdziale 4 ustawy, a zatem dotyczące nadzoru prewencyjnego, wykonuje sąd właściwy dla miejsca stałego pobytu osoby stwarzającej zagrożenie. W praktyce po orzeczeniu nadzoru przez sąd właściwy dla siedziby zakładu karnego, w którym przebywał skazany, sprawa jest kierowana do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania osoby objętej nadzorem. Natomiast czynności określone w rozdziale 3, a zatem dotyczące postępowania przed sądem, wykonuje sąd właściwy dla siedziby zakładu karnego. Oznacza to, że w sprawach o zmianę środka z nadzoru prewencyjnego na umieszczenie w KOZZD orzekać będzie zawsze sąd właściwy dla siedziby zakładu karnego, bez względu na to, na obszarze właściwości jakiego sądu ten nadzór jest wykonywany. Przepis art. 21 ustawy umiejscowiono bowiem w rozdziale 3 ustawy. Ta regulacja dotycząca właściwości sądu wymaga zatem zmiany wynikającej z racjonalności procedowania. Sąd właściwy dla miejsca stałego pobytu osoby objętej nadzorem, uzyskujący informacje o sposobie realizowania nałożonych na niego obowiązków, powinien również mieć możliwość rozstrzygać w przedmiocie zamiany

[81] Uchwała SN z dnia 19 października 2018 r., sygn. akt III CZP 46/18.

[82] Rozpoznając apelację od postanowienia o zamianie nadzoru prewencyjnego na KOZZD, sąd apelacyjny zwrócił uwagę, że pełnomocnik pacjenta nie był obecny na rozprawie, sąd zaś orzekał w składzie jednoosobowym.

[83] Wystąpienie RPO z 22 listopada 2019 r. do Ministra Sprawiedliwości, IX.517.1702.2017.

nadzoru prewencyjnego na KOZZD. Przyznanie w tym zakresie kompetencji sądowi właściwemu dla siedziby zakładu karnego w którym przebywał uprzednio skazany, należy ocenić jako błąd legislacyjny. Jest on dostrzegany przez osoby stosujące ustawę i powinien zostać wyeliminowany.

VIII. Pozostałe braki legislacyjne

Oprócz wyżej przedstawionych zagadnień, w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. można wskazać jeszcze wiele innych luk prawnych. Ujawniły się one w toku funkcjonowania KOZZD i wiążą się z codziennym życiem pacjentów w Ośrodku. Dotyczą one poniżej przedstawionych zagadnień.

1. Regulamin wewnętrzny Ośrodka

Ustawa nie dała Dyrektorowi KOZZD podstaw do wydania regulaminów wewnętrznych Ośrodka. Szeroko omówił to prof. Ryszard Piotrowski w swoim rozdziale zatytułowanym „Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 roku". Odsyłając czytelników do tej opinii, w tym miejscu zaznaczę jedynie, że to istotne pominięcie ustawodawcze stwarza szereg problemów praktycznych. Akt wewnętrzny określający pewne kwestie dotyczące organizacji życia pacjentów, w granicach wyznaczonych zasadami konstytucyjnymi, bez naruszenia przepisów prawa wyższego rzędu, jest w miejscach pozbawienia wolności potrzebny. Zwykle doprecyzowuje on codzienne życie pacjentów. W przypadku KOZZD przejął on jednak de facto rolę przepisów ustawy, która nie reguluje praw, obowiązków, nie określa podstaw ograniczeń konstytucyjnych praw w myśl zasady wyrażonej w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, nie tworzy katalogu środków dyscyplinujących czy nagród, jakie motywująco można przyznać pacjentom. Ustawodawca nie określając ram życia pacjentów Ośrodka na poziomie ustawowym, doprowadził zatem do sytuacji, gdy normy te zaczęły powstawać w regulaminach wewnętrznych, co jest niedopuszczalne, niezgodne z przepisami ustawy zasadniczej.

2. System przepustkowy

W ustawie nie znajdziemy przepisów na temat zasad udzielania pacjentom KOZZD przepustek – pod konwojem, samodzielnie, przepustek losowych, norm określających zasady przygotowania do życia na wolności, z którymi wiąże się opuszczanie placówki, po to aby móc przystosować się do życia w środowisku wolnościowym. Wyjścia poza Ośrodek mogą stanowić formę oddziaływań terapeutycznych. Zasady ich udzielania powinny być precyzyjnie określone, z uwzględnieniem zaskarżalności decyzji Dyrektora w tym przedmiocie do Sądu Okręgowego w Płocku, któremu podlega KOZZD.

Aktualnie, wobec braku przepisów ustawy, które pozwalałyby udzielić tzw. przepustki losowej, np. celem wzięcia udziału w pogrzebie najbliższego członka rodziny, doprowadzono do sytuacji, że trzech pacjentów Ośrodka nie mogło pożegnać ojca albo matki w trakcie ceremonii pogrzebowej. Dyrektor KOZZD wypowiadał się negatywnie w przedmiocie próśb pacjentów. Zażalenie na zarządzenie kierownika Ośrodka było zatem kierowane do Sądu Okręgowego w Płocku, któremu podlega KOZZD. Sąd zaś odrzucał takie zażalenie wskazując, że ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. szczegółowo określa zamknięty katalog spraw podlegających rozpoznaniu przez sąd i nie obejmuje on kwestii czasowego opuszczenia Ośrodka.

Nie należy jednak zapominać, że częścią polskiego porządku prawnego jest również Europejska Konwencja Praw Człowieka, która w art. 8 stanowi o poszanowaniu życia prywatnego i rodzinnego[84]. Orzecznictwo ETPC ukształtowane na gruncie tego przepisu wyraźnie stanowi, że obejmuje ono prawo osoby pozbawionej wolności w jednostce penitencjarnej do wzięcia udziału w pogrzebie osoby najbliższej, w razie potrzeby również pod konwojem. Linia orzecznicza Trybunału w Strasburgu[85] powinna zostać uwzględniona w odniesieniu do sytuacji osób pozbawionych wolności w KOZZD. Sąd może bowiem wywieść takie prawo z art. 8 EKPC, skoro przepisy tej Konwencji stanowią część polskiego porządku prawnego, a sama ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie odnosi się do zagadnienia przepustek losowych[86].

3. Prawo do prywatności

W ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. nie uregulowano podstaw prawnych do kontroli osobistych pacjentów. Dotychczas pracownicy KOZZD przeprowadzali te czynności bez podstawy prawnej. Jeśli ustawodawca widzi potrzebę tej formy kontroli powinien w ustawie określić jej zakres podmiotowy, przedmiotowy, wskazać okoliczności jakie uzasadniają jej przeprowadzenie, a także procedurę zaskarżalności decyzji w tym zakresie do sądu.

Kontrole osobiste stanowią ingerencję w prawo do prywatności i prawo do intymności danego człowieka. Stanowią sytuacje, które mogą narażać pacjentów na nieludzkie i poniżające traktowanie, godzą w godność człowieka. Stąd tak głęboka ingerencja w podstawowe prawa jednostki

---

[84] Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284. Przepis art. 8 EKPC stanowi:
1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji.
2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

[85] Zob. wyrok ETPC z 12 listopada 2002 r. w sprawie Płoski przeciwko Polsce, skarga nr 26761/95; wyrok ETPC z 20 stycznia 2009 r. w sprawie Czarnowski przeciwko Polsce, skarga nr 28586/03; wyrok ETPC z 29 listopada 2011 r. w sprawie Giszczak przeciwko Polsce, skarga nr 40195/08.

[86] E. Dawidziuk, Izolacja od społeczeństwa po odbyciu w pełni kary pozbawienia wolności, Archiwum Kryminologii 2019, Nr 1, s. 239–240

nie może się odbywać bez podstawy prawnej. Fakt przeprowadzenia kontroli osobistej może być przedmiotem skarg do ETPC na gruncie art. 8 EKPC[87].

4. Okoliczności nadzwyczajne

Ustawodawca, mając doświadczenie z innego typu miejsc pozbawienia wolności, powinien także uregulować zasady procedowania w przypadku wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych, jak prowadzenie długotrwałej głodówki, próby samobójcze. Bez wyraźnych podstaw prawnych, obecnie przymusowe żywienie jest niedopuszczalne. Tymczasem już kilkukrotnie, przez różne okresy czasu, pacjenci Ośrodka odmawiali przyjmowania posiłków. W sytuacji skrajnej personel KOZZD nie miałby podstawy do przymusowego żywienia[88], a tym samym ratowania życia pacjentów. Próba zawiezienia pacjenta prowadzącego głodówkę przez okres miesiąca, do szpitala przywięziennego w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi, zakończyła się odmową jego przyjęcia przez dyrektora jednostki penitencjarnej do oddziału szpitala. Nie ma ku temu stosownych podstaw ustawowych. Pokazuje to jednak w jakiej sytuacji został postawiony personel Ośrodka. Braki systemowe uniemożliwiają mu prawidłowe procedowanie, mimo że Państwo odpowiada za życie i zdrowie każdej osoby pozbawionej wolności, niezależnie od rodzaju miejsca w jakim następuje izolacja, w myśl art. 2 EKPC.

Drugie zagadnienie odnoszące się do opieki medycznej, to kwestia braku procedur postępowania w przypadku konieczności leczenia wymagającego skomplikowanych procedur medycznych bądź poddania pacjenta KOZZD długoterminowym badaniom w warunkach szpitalnych. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie przewiduje bowiem przerwy w pobycie w Ośrodku w związku z potrzebą długoterminowego leczenia. Pracownicy ochrony towarzyszą pacjentowi nawet na terenie szpitala przywięziennego w Zakładzie Karnym Nr 2 w Łodzi, gdzie aktualnie udzielane są świadczenia stomatologiczne, do pozostałych lekarzy specjalistów pacjenci są dowożeni na zewnątrz, do publicznych placówek służby zdrowia. Ustawa stanowi bowiem w art. 26 ust. 2, że świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w Ośrodku, są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Inne podmioty lecznicze współdziałają w zapewnieniu osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku świadczeń zdrowotnych, gdy jest konieczne: 1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku; 2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji.

---

87 Zob. wyrok ETPC z 15 września 2015 r. w sprawie Milka przeciwko Polsce, skarga nr 14322/12 oraz wyrok ETPC z 1 czerwca 2017 r. w sprawie Dejnek przeciwko Polsce, skarga nr 9635/13.

88 Stosowne przepisy dotyczą osób przebywających w jednostkach penitencjarnych i zostały przyjęte po śmierci głodowej tymczasowo aresztowanego Claudiu Crulica, zob. https://krakow.wyborcza.pl/krakow/1,44425,16015536,Po_wyroku_za_glodowa_smierc_Claudiu_Crulica.html [dostęp: 10.07.2020 r.].

Przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. nie precyzują, kto ponosi koszt leczenia pacjenta Ośrodka w więziennej placówce służby zdrowia – wobec dwóch różnych zasad finansowania opieki zdrowotnej – innej w zakładzie karnym (Ministerstwo Sprawiedliwości), a innej w KOZZD (Ministerstwo Zdrowia). Nowelizując przepisy ustawy kwestię tę należy przesądzić, gdyż obowiązujące regulacje prawne powinny uwzględniać także to zagadnienie.

Biorąc pod uwagę, że w KOZZD przebywają w większości osoby starsze, cierpiące na różne schorzenia, może być konieczne przeprowadzenie chociażby zabiegów kardiologicznych, ortopedycznych, neurologicznych czy prowadzenie rehabilitacji, które będą wymagały długoterminowego pobytu poza Ośrodkiem w warunkach szpitalnych[89]. Ustawodawca powinien przewidzieć wszystkie tego rodzaju sytuacje i ująć zasady procedowania w ustawie bądź wydanym na jej podstawie akcie wykonawczym. Aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym[90] reguluje jednak bardzo pobieżnie te kwestie, mimo że w § 1 wskazano, że ten akt wykonawczy „określa szczegółowe warunki i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym". W rzeczywistości to bardzo skąpa regulacja odnosząca się do badania wstępnego (§3), indywidualnych programów terapeutycznych i zleceń lekarskich z zakresu farmakoterapii (§4), prowadzenia terapii indywidualnie lub grupowo (§5) oraz konieczności dokonania raz na 6 miesięcy analizy skuteczności dotychczasowego postępowania terapeutycznego wobec osoby umieszczonej w KOZZD i w razie potrzeby dokonania zmiany w indywidualnym programie terapii (§6). W zakresie zaś konieczności zapewnienia pacjentowi świadczeń, których nie można udzielić w Ośrodku, rozporządzenie stanowi, że decyduje o tym kierownik Ośrodka, określając także rodzaj środka transportu sanitarnego oraz konieczność zapewnienia podczas transportu obecności osoby wykonującej zawód medyczny lub pracownika służby ochrony (§2 rozporządzenia). Pominięto tu zatem wiele ważnych, szczegółowych okoliczności, które mogą się pojawić w związku z zachowaniami bądź zmieniającym się stanem zdrowia pacjentów KOZZD.

5. System nagród i środków dyscyplinujących

Codzienne funkcjonowanie w Ośrodku rodzi różnego rodzaju napięcia. Środki oddziaływania na pacjentów powinny uwzględniać motywowanie do pozytywnych zachowań – poprzez system nagród oraz dawać personelowi prawo zareagowania na nieakceptowalne sytuacje poprzez system środków dyscyplinujących. Aktualnie wobec luki legislacyjnej w tym obszarze, dochodzi do stosowania odpowiedzialności dyscyplinarnej bez podstawy prawnej. Zamieszczenie w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. odpowiednich regulacji – katalogu środków jakie można

[89] M.in. tę kwestię podniesiono w wystąpieniu RPO z dnia 27 lutego 2019 r. do Prezesa Rady Ministrów, IX.517.1702.2017.
[90] Dz. U. z 2014 r. poz. 88.

zastosować w przypadku pozytywnych, jak i negatywnych zachowań pacjentów – jest bardzo ważne zarówno dla umieszczonych w KOZZD osób, jak i zatrudnionego tam personelu. Przejrzystość norm wyeliminuje dyskrecjonalność podejmowania decyzji w tym przedmiocie. Jednocześnie brak sądowej kontroli przy wydawania decyzji o zastosowaniu środka dyscyplinującego także naraża na niewłaściwe formy traktowania. Jasność przepisów w tym zakresie jest niezbędna. Nie możemy bowiem zapominać, że Ośrodek jest miejscem pozbawienia wolności, być może dożywotniego dla niektórych pacjentów, stąd jasność i precyzyjność norm prawnych odnoszących się do wielu elementów codziennego funkcjonowania pacjentów, musi mieć miejsce.

6. Kontakt ze światem zewnętrznym

Do zagadnienia kontaktu z osobami z zewnątrz odnosi się przepis art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Stanowi on, że osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku ma prawo, za zgodą Dyrektora, do kontaktu z innymi osobami za pośrednictwem telefonu lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także prawo do kontaktu osobistego z osobami ją odwiedzającymi. Przy czym, Dyrektor może odmówić zgody lub cofnąć zgodę na określony sposób kontaktu lub kontakt z określonymi osobami, jeżeli kontakt taki może spowodować wzrost zagrożenia niebezpiecznymi zachowaniami ze strony osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku albo zakłócić prowadzone postępowanie terapeutyczne (art. 29 ust. 2 ustawy). Nie można jedynie odmówić ani cofnąć zgody na kontakt z przedstawicielem ustawowym, ustanowionym pełnomocnikiem, Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ani Rzecznikiem Praw Obywatelskich.

Ponadto, jeżeli osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku odmówiono zgody na kontakt za pośrednictwem telefonu lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, do przedmiotów umożliwiających taki kontakt przepis art. 28 stosuje się odpowiednio. Chodzi tu zatem o kwestię zatrzymania, konieczności sporządzenia protokołu z takiej czynności.

Pacjentom KOZZD pozwala się korzystać z własnych telefonów komórkowych bądź jeśli ich nie posiadają z aparatów telefonicznych znajdujących się na korytarzach poszczególnych oddziałów mieszkalnych. Mimo normy stanowiącej o środkach komunikacji elektronicznej, Dyrektor nie stworzył dotychczas możliwości komunikowania się z osobami z zewnątrz przy użyciu komputerów, np. za pośrednictwem komunikatora Skype. W komunikacji z Rzecznikiem Praw Obywatelskich podkreślił, że warunki lokalowe uniemożliwiają wydzielenie stanowisk komputerowych[91].

Oprócz przytoczonej normy art. 29, ustawa nie zawiera innych regulacji dotyczących praw pacjentów. Brakuje przepisów, które określałyby podstawy przeprowadzania nadzoru, cenzury czy zatrzymania korespondencji. Określenie korespondencji z konkretnymi podmiotami

---

[91] Korespondencja prowadzona w maju i czerwcu 2020 r.

krajowymi i międzynarodowymi, które nie mogą podlegać żadnej z tych form kontroli, jest istotne, jeżeli weźmiemy pod uwagę dotychczasową praktykę. Zgodnie z nią kierownik KOZZD podejmował decyzje o nadzorze korespondencji z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, ETPC, pełnomocnikami. Usuwano zszywki, którymi zdaniem personelu Ośrodka, pacjenci mogli dokonać samouszkodzenia.

Ustawa bądź wydane na jej podstawie rozporządzenie powinny określać także możliwość wysłania pisma faksem bądź drogą mailową – zwłaszcza w sytuacjach nagłych, wymagających pilnego podjęcia decyzji przez sąd, np. w sytuacji otrzymania informacji o pogrzebie osoby najbliższej i ubiegania się o zgodę na udział w takiej uroczystości.

Ważne jest również sprecyzowanie zasad ponoszenia kosztów przez pacjentów, w tym możliwość ich pokrycia przez administrację KOZZD w określonych przypadkach, np. gdy pacjent nie dysponuje żadnymi środkami pieniężnymi na koncie (nie otrzymuje renty, emerytury, zapomogi z ośrodka pomocy społecznej, nie ma wsparcia finansowego od osób bliskich).

W tym kontekście ustawa powinna dawać również Dyrektorowi KOZZD uprawnienie do przyznania zapomogi bądź zabezpieczenia pacjenta w podstawowe środki higieny osobistej, czy ubrania, jeśli jego własne nie nadają się do użytku, w przypadku gdy pacjent nie dysponuje własnymi środkami finansowymi.

7. Prawo do godnych warunków pobytu w KOZZD

Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie określiła minimalnej powierzchni mieszkalnej, jaką należy zagwarantować każdemu pacjentowi Ośrodka. Brakuje także normy dotyczącej prawa do korzystania z pobytu na świeżym powietrzu i limitów czasowych w tym zakresie. Oczekiwane byłyby również przepisy odnoszące się do wyżywienia zapewnianego pacjentom, sprecyzowanie jakie okoliczności mogą powodować odmowę wyrażenia zgody na zakupienie własnych posiłków na zewnątrz Ośrodka (np. względy zdrowotne).

8. Prawo do składania wniosków, skarg i próśb

W każdym miejscu pozbawienia wolności, a takim jest też KOZZD, system wniosków, skarg i próśb stanowi ważny element ochrony przed niewłaściwymi formami traktowania osób izolowanych. Przepisy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. nie stanowią o tym, że decyzje osoby kierującej Ośrodkiem mogą być zaskarżone do Sądu Okręgowego w Płocku, któremu podlega Ośrodek bądź jakiego rodzaju decyzje nie podlegają zaskarżeniu. Nie regulują także kwestii, w jakim czasie wniosek, skarga, czy prośba powinny zostać rozpatrzone.

Istotne byłoby również zapisanie w ustawie obowiązku wizytowania oddziałów mieszkalnych przez Dyrektora KOZZD. To gwarantuje bowiem pacjentom możliwość rozmowy z osobą decyzyjną, przedstawienia swoich problemów, zwłaszcza tych bieżących. Aktualnie pacjenci kierują

szereg skarg do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, w których podnoszą, że nie otrzymują odpowiedzi na zgłoszone prośby o bezpośredni kontakt z Dyrektorem.

Gwarancyjne regulacje ustawowe w tym zakresie są zatem istotne – pacjenci będą mieć jasność co do swoich praw, a Dyrektor i sąd określony zakres kompetencji i obowiązków.

IX. Podsumowanie

Rzecznik Praw Obywatelskich nigdy nie postulował zlikwidowania KOZZD, tak jak uczyniła to Helsińska Fundacja Praw Człowieka[92]. Podkreślał natomiast, podobnie jak Europejski Komitet do spraw zapobiegania torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (CPT)[93], potrzebę dokonania zmiany filozofii funkcjonowania tego miejsca pozbawienia wolności i doprowadzenie do gruntownej nowelizacji ustawy, jak również wydanych na jej podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia, czy innych aktów prawnych określających zadania Ośrodka w Gostyninie. Obecne braki legislacyjne nie pozwalają bowiem na jego prawidłowe funkcjonowanie, prowadząc do naruszania praw pacjentów i standardów międzynarodowych. Wzorem Niemiec czy Holandii możliwe jest doprowadzenie do nowych standardów i innego traktowania tego typu miejsca. Niezbędna jest jedynie wola ustawodawcy, przeprowadzenie merytorycznej debaty i przemyślane wprowadzenie zmian w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. Nie można odkładać tych działań, gdyż zakres podniesionych dotąd potrzeb nowelizacji ustawy jest tak szeroki, że można wręcz mówić o przygotowaniu ustawy na nowo.

Pismem z dnia 14 lutego 2020 r. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, p. Marcin Warchoł, poinformował Rzecznika Praw Obywatelskich, że Minister Sprawiedliwości wydał zarządzenie o powołaniu Zespołu do spraw uregulowania możliwości tymczasowego izolowania osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób[94]. W skład tego zespołu wchodzą – oprócz przedstawicieli właściwych komórek Ministerstwa Sprawiedliwości – również przedstawiciele Prokuratury Krajowej i Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Do zadań Zespołu należy analiza rozwiązań mających na celu uregulowanie możliwości tymczasowego izolowania w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym osób, których dotyczy postępowanie prowadzone w trybie powyższej

---

[92] P. Kładoczny, K. Wiśniewska (red.), Prawa osób pozbawionych wolności. Podstawowe problemy prawne i praktyczne – perspektywa HFPC, Warszawa 2018, s. 32 – HFHR rekomenduje zniesienie izolacji postpenalnej w KOZZD i ograniczenie środków stosowanych względem niebezpiecznych sprawców przestępstw po odbyciu przez nich kary do nadzoru prewencyjnego oraz terapii w warunkach ambulatoryjnych.

[93] CPT (2017) 62, Raport dla rządu Rzeczpospolitej Polskiej z wizyty Europejskiego Komitetu do spraw zapobiegania torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (CPT), przeprowadzonej w Polsce w dniach 11–22 maja 2017 r., przyjęty w dniu 10 listopada 2017 r., s. 7.

[94] Uprzednio w piśmie z dnia 22 listopada 2017 r. Minister Sprawiedliwości informował RPO, że międzyresortowy zespół, który zajmie się wypracowaniem stosownych rozwiązań legislacyjnych, zostanie w najbliższym czasie powołany. Mimo takiej zapowiedzi, przez kolejne 2 lata nic się jednak nie działo w tej sprawie.

ustawy przed prawomocnym zakończeniem tego postępowania oraz wypracowanie propozycji legislacyjnych dotyczących izolowania tych osób w Ośrodku.

Biorąc pod uwagę, że postulat podjęcia prac legislacyjnych RPO dr hab. Adam Bodnar kierował przez okres całej swojej kadencji[95], informacja przekazana z Ministerstwa Sprawiedliwości z jednej strony cieszy. Z drugiej jednak nakazuje monitorować prace powołanego zespołu, zwłaszcza że ustawa wymaga nowelizacji w wielu punktach i powinno to zostać poprzedzone także dyskusją nad filozofią funkcjonowania KOZZD. Kompleksowa nowelizacja, jak wykazał powyższy opis luk prawnych ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., jest bardzo potrzebna, zwłaszcza dla umieszczonych tam pacjentów[96] i personelu Ośrodka. Obiecująca jest zatem także deklaracja Przewodniczącego Komisji Ustawodawczej Sejmu RP, który pismem z dnia 2 marca 2020 r. zadeklarował podjęcie działań, które mają na celu wyeliminowanie luk prawnych z przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

Bibliografia

1. K. Pospiszyl, Multimodalna teoria samoregulacji SOS dla przestępców seksualnych [w:] The Prison Systems Review, 2019, Nr 103.
2. E. Dawidziuk, Izolacja od społeczeństwa po odbyciu w pełni kary pozbawienia wolności [w:] Archiwum Kryminologii Nr 1, 2019.
3. E. Świętochowska, Lex T… stanie przed ETPC, Gazeta Prawna.pl, 4.07.2018, http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/1160856,lex-trynkiewicz-przedtrybunalem-w-strasburgu.html [dostęp:15.07.2018].
4. J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, Środki zabezpieczające: umieszczenie w zamkniętym odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, w zakładzie karnym, w zakładzie zamkniętym przeznaczonym dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne, Palestra Nr 9, 2014
5. M. Płatek, Kreowanie „groźnych, niebezpiecznych i złych" [w:] Archiwum Kryminologii Nr 1, 2019.
6. E. Dawidziuk, Z Gostynina nie ma wyjścia, Rzeczpospolita, 20.11.2018.
7. E. Siedlecka, Mrok nad kukułczym gniazdem, Polityka, 24.10.2018.
8. E. Świętochowska, Poprawianie Lex Trynkiewicz, „Dziennik Gazeta Prawna", 30.05.2018.
9. A. Gutkowska, J. Włodarczyk-Madejska, J. Klimczak, P. Sidor, Stosowanie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób a orzekanie wybranych środków zabezpieczających. Analiza porównawcza rozwiązań prawnych, IWS 2020.
10. P. Kładoczny, K. Wiśniewska (red.), Prawa osób pozbawionych wolności. Podstawowe problemy prawne i praktyczne – perspektywa HFPC, Warszawa 2018.
11. I. Yalom, M. Leszcz, Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.
12. S. Kratochvil, Podstawy psychoterapii, Zysk i spółka, Poznań, 2003.
13. Raport dla rządu Rzeczpospolitej Polskiej z wizyty Europejskiego Komitetu do spraw zapobiegania torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (CPT), przeprowadzonej w Polsce w dniach 11–22 maja 2017 r.

[95] Wykaz wszystkich wystąpień RPO w tym temacie zawiera indeks nr 1, zamieszczony na końcu monografii.

[96] L. dz. UST-0141–4/20, pismo stanowi odpowiedź na wystąpienie RPO z dnia 27 stycznia 2020 r., IX.517.1702.2017.

Maria Gordon

Problemy diagnostyczne w opiniowaniu psychologicznym wymaganym przez ustawę z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

I. Wprowadzenie

Ustawa z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, od momentu pojawienia się jej projektu, była przedmiotem krytyki przedstawicieli świata nauki i praktyków zajmujących się szeroko rozumianą problematyką przestępczości[1]. Przeciwko ustawie wystąpiły środowiska prawników, a także psychiatrów i psychologów reprezentowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Konsultanta Krajowego do spraw psychiatrii, Samorząd Lekarski, Helsińską Fundację Praw Człowieka, Komitet Helsiński i inne instytucje, traktując ten projekt jako naruszający elementarne prawa człowieka. J. K. Gierowski zwrócił uwagę na paradoks sytuacji, w której głos specjalistów od diagnozy i terapii był lekceważony i pomijany, a decyzję podejmowali ci, których wiedza medyczna i terapeutyczna jest znikoma[2].

Wejście ustawy w życie i jej stosowanie przez okres pięciu lat, nie przyczyniło się do wyciszenia sporów. Przeciwnie, ujawniło wiele nowych problemów i obszarów konfliktu. Jednym z nich i równocześnie kluczowym, są diagnozy psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne, a konkretnie ich cel w postaci ustalenia wysokiego lub bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego opisanego w ustawie.

J. K. Gierowski, krytycznie oceniając treść ustawy w chwili wprowadzania jej do praktyki, przestrzegał, że mimo rozwoju metodologii szacowania ryzyka przemocy kryminalnej na świecie, nie ma możliwości uzyskania obiektywnego pomiaru, który pozwoli różnicować wysokie prawdopodobieństwo od bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Autor

1 Dz.U. z 2014 r. poz. 24, z 2015 r. poz. 396, z 2016 r. poz. 2205.

2 Za: J. K. Gierowski, Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r., W: Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014, Nr 82, s. 15–43.

zwrócił też uwagę na zagrożenie naruszania przez biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologów zasad etycznych i deontologicznych w sytuacji, gdy ustawodawca nakłada na nich obowiązek wykonywania zadań niemożliwych do rzetelnego przeprowadzenia z powodu aktualnego stanu wiedzy i praktycznych doświadczeń w formułowaniu sądów i prognoz[3].

Z przedstawionych w prezentowanym opracowaniu wyników analizy treści diagnoz, opracowanych zarówno w związku z wnioskowaniem o zastosowanie przepisów ustawy wobec skazanych kończących odbywanie kary pozbawienia wolnośc,i jak i w trakcie procesu terapeutycznego realizowanego w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, wynika, że nadal aktualne są wątpliwości i pytania zgłaszane przed jej uchwaleniem i wprowadzeniem do praktyki.

Obecnie pokłada się nadzieję w metodach statystycznych oceny ryzyka przemocy, które do tej pory były w Polsce mało znane i rzadko stosowane. Jednakże nie można pominąć faktu, że wyniki uzyskane za pomocą tych metod są bardzo zróżnicowane i niejednoznaczne[4].

Z przepisów ustawy wynika, że podstawą decyzji sądu są diagnozy psychiatryczne i psychologiczne, a w przypadku sprawców czynów przeciwko wolności seksualnej, także diagnozy seksuologiczne.

Prezentowane opracowanie dotyczy sposobu sporządzania treści diagnoz psychologicznych, zgodnie z kompetencjami zawodowymi autorki. Analizie poddano diagnozy opracowane w stosunku do 10 mężczyzn, sprawców czynów zabronionych, którzy odbywali karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym i po jej zakończeniu zostali umieszczeni w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie. Z udostępnionych materiałów wynika, że u wszystkich rozpoznano zaburzenia osobowości o typie osobowości antyspołecznej[5]. U pięciu badanych rozpoznano zaburzenia preferencji seksualnych. Wielu autorów wskazuje na związek między zaburzeniami osobowości i zaburzeniami preferencji seksualnych oraz przestępczością o charakterze przemocowym i seksualnym[6].

II. Wymagania dotyczące diagnozy wynikające z ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku

Zgodnie z treścią art. 1 ustawy, jej przepisy regulują postępowanie wobec osób, odbywających prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności, wykonywaną w systemie terapeutycznym, które z powodu charakteru i nasilenia występujących

---

[3] J. K. Gierowski, 2014, op. cit. s.41.

[4] Ibidem.

[5] Podstawą analizy są materiały udostępnione przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

[6] Patrz m.in. B. Pastwa Wojciechowska, Psychopaci, sprawcy przestępstw seksualnych, Wyd. HARMONIA UNIVERSALIS, Gdańsk 2013, s. 181–251; L. Cierpiałkowska, Psychopatologia, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2013, s. 328–335; M. Gordon, Sprawcy przestępstw seksualnych, w: Przegląd Więziennictwa Polskiego, nr 20–21, 1998.

u nich zaburzeń psychicznych (upośledzenia umysłowego, zaburzeń osobowości, zaburzeń preferencji seksualnych) stwarzają co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. W dalszej części ustawy osoby te są określane jako „osoby stwarzające zagrożenie".

Z przepisów ustawy wynika, że kluczowe znaczenie w podejmowaniu decyzji dotyczących osób stwarzających zagrożenie mają badania diagnostyczne-psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne.

Zagadnienia dotyczące diagnozy regulują przepisy rozdziału 5 ustawy.

Z treści art. 9 ustawy wynika, że jeżeli wydana w trakcie postępowania wykonawczego opinia psychiatryczna i psychologiczna o stanie zdrowia osoby odbywającej karę w systemie terapeutycznym wskazuje, że spełnia ona kryteria osoby stwarzającej zagrożenie, dyrektor zakładu karnego występuje do właściwego sądu z wnioskiem o uznanie jej za taką. Do wniosku dołącza się opinię i informację o wynikach dotychczas stosowanych programów terapeutycznych i postępach w resocjalizacji.

Art. 11 ustawy mówi, że w celu ustalenia, czy osoba, której dotyczy wniosek, wykazuje zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych, sąd, w terminie 7 dni od otrzymania wniosku powołuje dwóch biegłych lekarzy psychiatrów, ponadto w sprawach osób z zaburzeniami osobowości, biegłego psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, biegłego lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa. Zgodnie z treścią art.13 ustawy, jeżeli biegli lekarze psychiatrzy zgłoszą taką konieczność, badanie psychiatryczne może być połączone z obserwacją w zakładzie psychiatrycznym.

Na podstawie art. 14 ustawy, sąd dokonując oceny czy konieczne jest zastosowanie wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego albo umieszczenie jej w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, bierze pod uwagę całokształt okoliczności ustalonych w sprawie, a w szczególności uzyskane opinie biegłych, a także wyniki prowadzonego dotychczas postępowania terapeutycznego oraz możliwość efektywnego poddania się przez tą osobę postępowaniu terapeutycznemu na wolności.

Sąd orzeka zastosowanie nadzoru prewencyjnego, jeżeli charakter stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub ich nasilenie wskazują, że zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Sąd orzeka o umieszczeniu takiej osoby w ośrodku, jeżeli jest to niezbędne ze względu na bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego opisanego wyżej.

Przepisy ustawy nie regulują szczegółowo zagadnienia wysokiego i bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia czynu zabronionego. Ustawa nie doczekała się przepisów wykonawczych i komentarzy prawniczych. Jej wykonawcy nie otrzymali pomocy w rozumieniu i interpretowaniu zawartych w niej przepisów.

W sposób oczywisty pojawia się pytanie o kryteria wysokiego i bardzo wysokiego zagrożenia w odniesieniu do obszarów nieprzystosowania psychologicznego i społecznego osoby, jej aktywności przestępczej, rodzaju i nasilenia zaburzeń, skuteczności stosowanych oddziaływań terapeutycznych.

Z treści art. 46.1 ustawy wynika obowiązek sądu ustalenia, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego, czy jest niezbędny dalszy pobyt w ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie. W związku z tym kierownik ośrodka co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię lekarza psychiatry o stanie zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w ośrodku i o wynikach postępowania terapeutycznego. Opinię taką jest obowiązany przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia tej osoby uzna, że jej dalszy pobyt w ośrodku nie jest konieczny.

Ten przepis również cechuje się dużą ogólnością. Ustawodawca nie precyzuje z jakich powodów tylko lekarz psychiatra ma wydać opinię, podczas, gdy wcześniej zlecał czynności diagnostyczne także psychologom i seksuologom. Nie ma w nim też wskazania kryteriów oceny konieczności dalszego pobytu pacjenta w ośrodku lub braku tej konieczności. Ponownie pojawia się pytanie o przesłanki wysokiego i bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia przez opiniowanego czynu zabronionego o charakterze opisanym w ustawie. Zatem pozostawiono ten problem do rozstrzygnięcia personelowi ośrodka[7].

III. Definicja i zadania diagnozy psychologicznej

Najogólniej diagnozowanie można określić jako rozpoznawanie jednostkowych stanów rzeczy na podstawie ich objawów i tendencji rozwojowych, przy wykorzystaniu wiedzy o ogólnych prawidłowościach. Jest to czynność poznawcza polegająca na integrowaniu informacji, podejmowaniu decyzji, wykorzystywaniu wiedzy i doświadczenia, rozumowaniu, wnioskowaniu, uzasadnianiu[8].

Odpowiednio diagnozowanie psychologiczne można określić jako proces obejmujący pewną sekwencję zdarzeń polegających na:

– zaistnieniu stanu dyskomfortu psychicznego utrudniającego normalne funkcjonowanie człowieka,

[7] Ustawa z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24).

[8] Za: W. J. Paluchowski „Diagnoza psychologiczna", Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2001, s. 13.

– rozpoznaniu i wyjaśnieniu przyczyn owego stanu, czyli dokonaniu właściwej diagnozy psychologicznej,
– udzielaniu pomocy psychologicznej adekwatnej do wyniku diagnozy[9].

W przypadku osób naruszających przepisy prawa karnego, mamy do czynienia z ludźmi, którzy mają problemy w regulowaniu stosunków z otoczeniem, polegające na trudnościach w zaspokajaniu własnych potrzeb i w realizowaniu przypisanych społecznie ról. Wynikiem tych trudności są mniej lub bardziej nasilone zaburzenia zachowania, w tym zaburzenia polegające na łamaniu reguł społecznego współżycia i norm prawnych. Dlatego w badaniach osób naruszających prawo ma przede wszystkim zastosowanie psychologiczna diagnoza kliniczna[10].

Najczęściej wykorzystywanym przez psychologów klinicznych modelem diagnozy jest model funkcjonalny[11]. W ramach tego modelu przedmiotem poznania jest osobowość. Oznacza to, że psychologowie interesują się nie tylko zaburzeniem, na które cierpi pacjent, ale także psychologicznymi uwarunkowaniami zaburzenia i psychologicznymi właściwościami pacjenta, które można wykorzystać w likwidowaniu istniejących dysfunkcji[12].

Inaczej mówiąc, przedmiotem badań psychologicznych są zachowania świadczące o trudnościach pacjenta w przystosowaniu do otoczenia, a także te procesy psychiczne, które warunkują stan nieprzystosowania wyrażający się zaburzeniami zachowania, zachowaniami dezadaptacyjnymi, zaburzeniami czynności ukierunkowanych na cel.

Tak rozumiana diagnoza jest procesem polegającym na rozpoznaniu zachowań świadczących o trudnościach pacjenta w regulowaniu stosunków z otoczeniem i określeniu obszarów tych trudności, a ponadto na wyjaśnieniu psychologicznych mechanizmów warunkujących stan nieprzystosowania, czyli dokonaniu diagnozy negatywnej i wyodrębnieniu czynników, które wpływają tonizująco lub kompensująco w stosunku do istniejących dysfunkcji psychicznych, to jest dokonaniu diagnozy pozytywnej.

Końcowym rezultatem tego procesu jest sformułowanie programu oddziaływań korekcyjnych, którego celem jest zlikwidowanie bądź złagodzenie stanu niesprawności osoby badanej lub niedopuszczenie do dalszego pogłębiania się nieprzystosowania.

Dzięki temu, że diagnoza nie jest tylko prostym opisem zaburzeń, ale wyjaśnia istniejące u pacjenta trudności w regulacji stosunków z otoczeniem, staje się bardziej wartościowa z punktu widzenia praktyki terapeutycznej. Umożliwia bowiem wgląd w te funkcje psychiczne, które uległy

[9] Za: H. Sęk (red.) „Społeczna psychologia kliniczna", PWN, Warszawa 1991, s. 187 i nast.
[10] Por. A. Lewicki (red.) „Psychologia kliniczna", PWN, Warszawa 1969, s. 444 i nast.
[11] Za: H. Sęk (red.), 1991, op. cit. 218 i nast.
[12] Jest to podejście odmienne od wcześniej stosowanego w praktyce psychologicznej, nozologicznego modelu diagnozy klinicznej, której zadaniem było potwierdzenie diagnozy lekarskiej (psychiatrycznej lub neurologicznej) i która w gruncie rzeczy była dokonywana dla potrzeb lekarza, a nie pacjenta. Za: H. Sęk (red.) op. cit. s. 214–218.

zaburzeniu, a także rozeznanie na jakich właściwościach i procesach psychicznych można się oprzeć w postępowaniu korekcyjnym.

Szczególnym modelem diagnozy klinicznej jest model psychospołeczny, którego podstawowym założeniem jest ujmowanie człowieka jako jednostkę odrębną i w kontekście społecznym równocześnie[13]. Ten model diagnozy obejmuje aktualne problemy osoby badanej, jej indywidualne doświadczenie życiowe, oczekiwania, aspiracje i plany na przyszłość. Uwzględnia również sposób wykonywania zadań wynikających z rozmaitych ról społecznych, przypisanych lub podejmowanych przez jednostkę w historii jej życia.

Model psychospołecznej diagnozy klinicznej wykorzystuje także dorobek psychologii społecznej, tj. nauki o wpływie sytuacji społecznych na zachowanie człowieka i uwzględnia nie tylko samą diagnozę, ale także kontekst społeczny, w którym ona powstaje.

Twórcą koncepcji kontekstu społecznego, przydatnym w pracy diagnostycznej psychologów, jest J. W. Getzels. Autor ten wyróżnił cztery płaszczyzny organizacji życia społecznego:

- ideologiczną, na którą składają się normatywne treści życia społecznego, wzory zachowań, cele działań społecznych, hierarchia wartości społecznych,
- instytucjonalną, rozpatrywaną przez pryzmat ról i wymagań społecznych,
- psychologiczną, tworzoną przez konkretnych ludzi, ich osobowości i określone właściwości psychiczne,
- podkulturową, dotyczącą nieoficjalnie rozwijającego się życia społecznego i wynikających z tego norm i wartości.

Podsumowując, interakcyjny (psychospołeczny) punkt widzenia na psychologiczną diagnozę kliniczną polega na tym, że badaniu diagnostycznemu poddawane są przede wszystkim osoby, które trafiają do psychologa dzięki interwencji osób trzecich, bo otoczenie dostrzega, że jednostka ma trudności z przystosowaniem. Zaś podstawowym zadaniem diagnozy psychologicznej jest zweryfikowanie słuszności rozpoznania społecznego.

Psycholog diagnosta jest pośrednikiem (konsultantem, doradcą) między systemem społecznym, a badaną jednostką. Psycholog, poprzez dialog z pacjentem i członkami jego otoczenia, współtworzy diagnozę.

Centralne znaczenie w procesie diagnozowania ma określenie tzw. problemu pacjenta, tj. udzielenie odpowiedzi na pytanie na czym polegają jego trudności przystosowawcze.

Opisane wyżej podejście do postępowania diagnostycznego przyczynia się do wzrostu szansy realizacji rezultatów diagnozy przez to, że diagnoza, w której uczestniczą osoby zainteresowane powinna być łatwiej przez nie zaakceptowana. Ponadto rezultat diagnozy może być lepiej

---

[13] Charakteryzując psychospołeczny model psychologicznej diagnozy klinicznej wykorzystano prace H. Sęk (red.) „Społeczna psychologia kliniczna", wyd. PWN, Warszawa 1991, s. 225–239 oraz H. Sęk „Wprowadzenie do psychologii klinicznej", Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001, s. 127–149.

rozumiany przez adresatów, gdyż w trakcie interakcji psycholog jest zmuszony do rezygnacji z posługiwania się wyłącznie specjalistycznymi pojęciami i do określenia definicji problemu w języku zrozumiałym przez wszystkich zainteresowanych. Zaś rezultaty diagnozy są formułowane w sposób realistyczny, tzn. dostosowane do potrzeb i możliwości pacjenta i do oczekiwań instytucji.

Samo badanie diagnostyczne nie odbiega od tego jakie stosuje się w modelu funkcjonalnym. Psycholog posługuje się podobnymi narzędziami i teoriami psychologicznymi i wymaga się od niego takich samych kompetencji. Specyficzne jest to, że na przebieg badania znacznie większy wpływ wywiera definicja problemu prezentowana przez samego pacjenta.

Przedstawiony wyżej model diagnozy klinicznej jest szczególnie przydatny w pracy psychologów zajmujących się opiniowaniem sprawców czynów zabronionych prawem. Diagnoza ta dotyczy bowiem specyficznych zaburzeń zachowania człowieka, tj. zaburzeń występujących w płaszczyźnie ról i wymagań społecznych. Zmianą w funkcjonowaniu osób dokonujących przestępstw są zainteresowani przedstawiciele wymiaru sprawiedliwości, szeroko rozumiane społeczeństwo, albo mówiąc inaczej, instytucja państwa. Powinni być też zainteresowani oni sami, gdy chcą uniknąć kolejnych kar i poprawić jakość swojego życia. Dlatego zaburzenia zachowania jakimi są zachowania przestępne należy rozpatrywać w kontekście społecznym.

Celem psychologicznych badań diagnostycznych osób pozbawionych wolności jest przede wszystkim wyjaśnienie przyczyn ich dezadaptacji społecznej i mechanizmów motywacyjnych ich przestępnego zachowania, tzn. środowiskowych i osobowościowych uwarunkowań zachowań niezgodnych z normami społecznymi i prawnymi. Ponadto istotne jest wyjaśnienie mechanizmów funkcjonowania grup społecznych w przypadku przestępstw dokonywanych przez sprawców działających w grupie.

Diagnoza integracyjna umożliwia rozwiązanie wyżej wymienionych problemów poprzez odniesienie zaburzeń zachowania do zadań społecznych jednostki.

Uwzględniając wyżej przedstawione rozważania można przyjąć pewien model diagnozy psychologiczno–penitencjarnej, na który składają się ustalenia diagnostyczne opisujące:

1) człowieka w aktualnej sytuacji („tu i teraz”), to jest zawierające charakterystykę zachowań zaburzonych oraz wyjaśnienie tych zachowań w terminach mechanizmów psychologicznych,
2) człowieka na linii czasu („wtedy”), to jest prezentujące styl jego funkcjonowania społecznego/aspołecznego oraz strukturę i funkcje osobowości wraz z czynnikami warunkującymi jej ukształtowanie,
3) człowieka w kontekście społecznym poprzez scharakteryzowanie sposobu pełnienia przez niego ról społecznych, wpływu innych osób i instytucji na jego zachowanie oraz zdolności skutecznego radzenia sobie z wymaganiami instytucji[14].

[14] Por. J. M. Stanik, Teoretyczne i metodologiczne przesłanki opiniodawstwa psychologicznego w procesie sądowym, w: Postępy Psychiatrii i Neurologii, t. 9 , Warszawa 2000.

Wyniki diagnostycznych badań psychologicznych są podstawą opracowania, przy udziale skazanego, indywidualnych programów terapeutycznych lub resocjalizacyjnych. Oznacza to, że skazany otrzymuje informacje o wynikach badań psychologicznych, uczestniczy w dokonywaniu wyboru oddziaływań resocjalizacyjnych i akceptuje program tych oddziaływań, a tym samym współtworzy ten program. Zwiększa to szanse aktywnego udziału skazanego w realizowaniu przyjętego programu oraz akceptacji wynikających z niego metod oddziaływania, zadań i obowiązków. W gruncie rzeczy skuteczność programów resocjalizacyjnych i terapeutycznych zależy od tego czy skazany sam uzna, że konflikty w jakich uczestniczy są rezultatem jego własnej aktywności i zaakceptuje konieczność zmiany swojego zachowania.

IV. Zaburzenia osobowości

1. Pojęcie osobowości

Rozważania teoretyczne i badania empiryczne dotyczące różnych aspektów zachowania człowieka łączą się z zagadnieniem osobowości. Pojęcie osobowości należy do najważniejszych i równocześnie najbardziej kontrowersyjnych zagadnień psychologii. Wywołuje ciągłe spory i inspiruje powstawanie coraz to nowych koncepcji teoretycznych. Różnice w rozumieniu osobowości dotyczą wszystkich jej aspektów: definicji, funkcji, genezy, rozwoju, struktury, znaczenia w zachowaniu itd.

Pomijając bogatą historię rozwoju poglądów na osobowość oraz charakterystykę licznych teorii osobowości, można przyjąć, że różni autorzy zgadzają się, że osobowość jest nadrzędnym, względnie trwałym, wewnętrznym mechanizmem regulującym zachowanie człowieka[15]. Te wewnętrzne mechanizmy regulacyjne składają się na strukturę osobowości. Należą do nich:

– Mechanizmy emocjonalno-motywacyjne. Są to popędy i potrzeby determinujące dążenie do uzyskania pewnych wartości i unikania innych, procesy motywacyjne czyli zdolność do wykonywania czynności ukierunkowanych na osiąganie celu oraz ustosunkowania emocjonalne oznaczające gotowość do reagowania emocjonalnego wobec ludzi, idei, instytucji itp.
– Mechanizmy orientacyjno-poznawcze, na które składają się: obraz świata i własnej osoby (system sądów i przekonań na temat otaczającej rzeczywistości i siebie samego), normy postępowania (idealna wersja świata, przepisy zachowania), zainteresowania, zadania i cele życiowe oraz programy czynności (działania oparte na systemie zasad).

[15] Zob. J. Strelau, (red.), Psychologia Podręcznik akademicki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, t. 2 s. 562–599; T. Tomaszewski, (red.), Psychologia, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1975, s.762–825; A. Lewicki, (red.), Psychologia kliniczna, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969, s. 21–44; T. Mądrzycki, Osobowość jako system tworzący i realizujący plany, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1996.

– Mechanizmy kontroli polegające na zdolności podporządkowania różnych pragnień i impulsów jednej, generalnej strategii. Kontrola własnego zachowania może dokonywać się za pomocą funkcji umysłowych oraz, co ważniejsze, za pomocą zinternalizowanych norm i zasad.

Sposób w jaki osobowość wpływa na zachowanie, to kolejne zagadnienie na które nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Niemniej można mówić o pewnych istotnych funkcjach osobowości, to jest regulacyjnej, integrującej, ukierunkowującej, kontrolnej i aktywizującej.

Osobowość zapewnia regulację stosunków jednostki z otoczeniem poprzez dokonywanie zmian w otoczeniu i dostosowywanie ich do potrzeb jednostki albo poprzez przekształcanie własnej struktury w celu dostosowania jej do wymagań zewnętrznych. Integrująca funkcja osobowości wyraża się scalaniem różnych mechanizmów zachowań w jeden, względnie spójny i harmonijnie funkcjonujący system. Dzięki tej funkcji człowiek potrafi na podstawie napływających informacji tworzyć jednolity, uporządkowany obraz świata i własnej osoby, staje się zdolny do koncentracji na określonych celach i koordynacji różnych dążeń, jego zachowanie nabiera cech stałości i powtarzalności dzięki tworzeniu trwałych postaw. Z kolei, dzięki funkcji ukierunkowującej osobowości, człowiek może uniezależnić swoje zachowanie od wpływu czynników zewnętrznych, sytuacyjnych i podporządkowywać je własnym potrzebom i zadaniom życiowym. W rezultacie staje się podmiotem swojego działania, to jest, kieruje nim według własnych standardów. Osobowość pełni funkcję kontrolną w tym sensie, że nadzoruje przebieg czynności i nie dopuszcza do pojawienia się zachowań niezgodnych ze standardami moralnego postępowania przyjętymi przez jednostkę. Wreszcie, dzięki funkcji autostymulacji, jednostka sama, bez wpływów zewnętrznych, jest zdolna do podejmowania działań nastawionych na realizację przyjętych celów, a także do kształtowania swoich zachowań i postaw.

Osobowość rozwija się i kształtuje pod wpływem różnych czynników zewnętrznych (sytuacyjnych) i wewnętrznych (biologicznych). Psychologowie zwracają uwagę na szczególne znaczenie doświadczenia społecznego człowieka, procesów jakie zachodzą w jego środowisku społecznym, a przede wszystkim procesu socjalizacji. Socjalizacja jest procesem internalizacji wartości i norm, kształtowania pozytywnych cech charakteru, prawidłowej samooceny, realistycznego poziomu aspiracji, postaw prospołecznych, struktur poznawczych, zwłaszcza moralnych. Zaś celem socjalizacji jest osiąganie dojrzałości społecznej, to jest, takiego poziomu wiedzy społecznej i takiego rodzaju doświadczenia, które pozwala na sprawne funkcjonowanie w różnych grupach społecznych i sytuacjach społecznych. Człowiek dojrzały społecznie charakteryzuje się tym, że jest niezależny od innych, potrafi skutecznie radzić sobie w różnych sytuacjach i ma ukształtowane poczucie odpowiedzialności[16]. W procesie socjalizacji realizowanym jako zamierzone, ale też niezamierzone oddziaływania i wpływy społeczne, jednostka przyswaja sobie określoną wiedzę

[16] M. Ciosek, Psychologia sądowa i penitencjarna, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 2001, s. 31–64.

społeczną, na którą składają się wartości, normy i postawy społeczne i one stają się regulatorami jej zachowania.

2. Antyspołeczne zaburzenie osobowości

Prawidłowe funkcjonowanie wewnętrznego mechanizmu regulacji zachowania (osobowości) gwarantuje osiąganie dojrzałości społecznej, psychologicznej i emocjonalnej, a w konsekwencji satysfakcjonujące przystosowanie człowieka w różnych sferach życia.

Nieprawidłowe działanie tego systemu prowadzi do zaburzeń osobowości, co oznacza, że człowiek napotyka trudności w wielu obszarach swojej aktywności, a także przeżywa chroniczne cierpienie, ponieważ zaburzenia osobowości nie podlegają samoistnej remisji w odróżnieniu od innych zaburzeń psychicznych[17].

Nieprawidłowości mogą dotyczyć wszystkich mechanizmów i funkcji (struktury osobowości) lub niektórych z nich (cech osobowości).

Zaburzenia osobowości przejawiają się jako cechy funkcjonowania, które w istocie są podobne do tych jakie występują u ludzi w ogóle, jednak mają one znaczne a czasem ekstremalne nasilenie, występują w określonych, sztywnych konfiguracjach i wykazują wyjątkową stabilność zarówno w historii życia osoby jak i w różnych aktualnych sytuacjach[18].

Pojęcie antyspołecznego zaburzenia osobowości jest utożsamiane z osobowością dyssocjalną i psychopatią. Mimo różnic między tymi pojęciami, łączy je to, że charakteryzują się utrwalonym schematem postępowania, który w największym stopniu przyczynia się do różnorakich trudności jednostki w funkcjonowaniu społecznym. Istnieje też duże podobieństwo w opisach symptomów tych zaburzeń.

R. D. Hare opisując psychopatów wymienia dwie grupy objawów: emocjonalno-interpersonalne (łatwość wysławiania się i powierzchowny urok, egocentryzm i przesadne poczucie własnej wartości, brak wyrzutów sumienia lub poczucia winy, brak empatii, skłonność do oszukiwania i manipulacji, płytkość uczuć) i odchylenia społeczne (impulsywność, słaba kontrola zachowania, potrzeba stymulacji, brak poczucia odpowiedzialności, niepokojące zachowanie w młodym wieku, antyspołeczne zachowanie w dorosłym życiu)[19].

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 osobowość dyssocjalna została zaliczona do grupy specyficznych zaburzeń osobowości. Jest charakteryzowana jako zaburzenie odznaczające się dużą niewspółmiernością między zachowaniem a obowiązującymi normami społecznymi. Zgodnie z tą klasyfikacją, rozpoznanie osobowości dyssocjalnej jest możliwe,

---

[17] E. Trzebińska (red.), Szaleństwo bez utraty rozumu, Wydawnictwo „Academica", Warszawa 2009, s. 27.

[18] Ibidem s. 17.

[19] R. D. Hare, Psychopaci są wśród nas, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 52 i nast.

gdy osoba spełnia ogólne kryteria zaburzeń osobowości, a ponadto występują u niej przynajmniej trzy spośród następujących kryteriów diagnostycznych:

– bezwzględne nieliczenie się z innymi ludźmi i powszechnie przyjętymi normami,
– silna i utrwalona postawa nieodpowiedzialności i lekceważenia społecznych norm, reguł i zobowiązań,
– niezdolność utrzymania trwałych związków z innymi przy braku trudności w ich nawiązywaniu,
– bardzo niska tolerancja frustracji i niski próg wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych,
– niezdolność przeżywania poczucia winy i wykorzystywania doświadczeń, a w szczególności doświadczanych kar,
– wyraźna skłonność do obwiniania innych lub wysuwania pozornych racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem.[20]

Zaburzenia te, najogólniej mówiąc, cechuje brak poszanowania norm społecznych i prawnych. Dlatego osoby nim dotknięte swoim zachowaniem naruszają społeczne standardy, lekceważą potrzeby, prawa i przeżycia emocjonalne innych ludzi, podejmują decyzje pod wpływem impulsu nie bacząc na osobiste czy społeczne konsekwencje swojego zachowania.

Odnosząc wyżej opisane symptomy antyspołecznego zaburzenia osobowości do psychologicznego i społecznego funkcjonowania osób nimi dotkniętych można powiedzieć, że dotyczą one najważniejszych obszarów tego funkcjonowania i wyrażają się zaburzeniami:

– W zakresie poziomu i sposobu zaspokajania potrzeb, co manifestuje się zwłaszcza brakiem tolerancji na zwłokę w osiąganiu gratyfikacji i regresywnymi formami realizowania celu. Osoby dyssocjalne mają tendencję do natychmiastowego zaspokajania swoich pragnień i nie liczą się z sytuacją, oczekiwaniami oraz przeżyciami innych ludzi.
– Rozumienia stosunków społecznych, wyrażającymi się przede wszystkim niedostrzeganiem potrzeb innych ludzi i przekonaniem o konieczności niezwłocznego równoważenia relacji daję – biorę. Wiąże się to z fałszywym przekonaniem, że za wszystko musi być zapłata. Osoby w taki sposób rozumujące nie potrafią sobie wyobrazić sytuacji wymiany usług z perspektywy drugiej strony. W relacjach z innymi biorą pod uwagę tylko dwa momenty: fakt, że dawanie przysporzyło im pewien kłopot oraz konieczność kompensującego zadośćuczynienia, którego druga osoba ma dostarczyć, zgodnie z własnym wyobrażeniem co do rodzaju zapłaty. Postawa ta nie bierze pod uwagę udziału innych w całokształcie wzajemnych stosunków jak

[20] WHO, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius" Kraków – Warszawa.1997; L. Cierpiałkowska, 2013, op. cit. s. 313; B. Pastwa-Wojciechowska, Naruszanie norm prawnych w psychopatii, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004, s. 99–105.

i wpływu na nią różnych elementów w procesie interakcji, np. tego czy dawanie było przedmiotem prośby, czy przyniosło jakąś korzyść drugiej osobie.

– Percepcji sposobu zachowania się ludzi, przejawiające się zawężeniem spostrzegania do własnego postępowania i niedostrzeganiem ogólnych norm społecznych. Ludzie tacy nie spostrzegają modeli zachowań przejawianych przez inne osoby.
– Rozumienia zasad współżycia społecznego, jako arbitralnie narzuconych, nieobowiązujących. Rodzi to tendencję do instrumentalno-manipulacyjnego traktowania innych ludzi, do unikania sytuacji trudnych oraz do posługiwania się projekcją i racjonalizacją. Charakterystyczna jest tu postawa dominacji będąca przede wszystkim środkiem obrony przed własnym brakiem poczucia bezpieczeństwa. Ludzie o takim przekonaniu stale pozostają w konflikcie z autorytetami i wszędzie przejawiają opór. Przeważnie też nie zdają sobie sprawy z konsekwencji własnych zachowań i także z psychologicznego mechanizmu, który prowadzi do tego stanu rzeczy.
– Stylu i dynamiki zachowania objawiającymi się znaczną zmiennością lub przeciwnie sztywnością postępowania. Zmienność zachowania wyraża się całkowitą odmiennością reagowania w podobnych sytuacjach, które często jest przypadkowe i nieoczekiwane, nie wynika z wewnętrznej struktury osobowości. Sztywność zachowania polega na stałym reagowaniu zgodnie z zafiksowanym wzorcem. Prowadzi to do przeciwstawiania się wymaganiom i oczekiwaniom zawsze wtedy, gdy stoją one w sprzeczności z własnym sposobem reagowania jednostki[21].

Wszystkie wyżej opisane płaszczyzny zaburzeń prowadzą do konfliktów w relacjach interpersonalnych i w rezultacie do nasilania się nieprzystosowania społecznego.

V. Wybrane poglądy na możliwości oddziaływań naprawczych wobec sprawców przestępstw z rozpoznaniem zaburzeń osobowości

Autorzy zajmujący się problemem zaburzeń osobowości, zwłaszcza zaburzeniem antyspołecznym, zwracają uwagę na trudności w prowadzeniu terapii osób nim dotkniętych, nastawionej na poprawę ich społecznego funkcjonowania i na znaczenie wpływu cech osobowości na efekty terapii.

Zdaniem M. Radochońskiego osoby te wykazują słabszą motywację do podejmowania terapii, zwłaszcza długoterminowej. Rzadziej stają się z własnej woli uczestnikami grup samopomocowych i uczestnikami psychoterapii grupowej. Natomiast stosunkowo chętnie przyłączają się do tych grup w sytuacji, gdy zostają aresztowani i grozi im kara oraz podczas pobytu w zakładzie karnym. Równocześnie ogromna większość powraca do poprzedniego trybu życia[22].

---

[21] J. Górski, Koncepcje teoretyczne i praktyka odrębnego traktowania skazanych w innych krajach, w: P. Wierzbicki (red.), Postępowanie ze skazanymi niepełnosprawnymi psychicznie w zakładach karnych, Wyd. Ministerstwo Sprawiedliwości Instytut Badania Prawa Sądowego, Warszawa 1984, s. 184 i nast.

[22] M. Radochoński, Osobowość antyspołeczna, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009, s. 100–110.

T. Millon i R. Davis zwracają uwagę na tendencję jednostek aspołecznych do unikania zewnętrznych ograniczeń. W taki sposób spostrzegają także próby nakłonienia ich do podjęcia terapii. Uważają, że terapeuci usiłują zmienić ich w osoby, którymi w istocie nie są. Chcąc uwolnić się od tej ingerencji, stwarzają pozory osób zainteresowanych wewnętrzną zmianą, wyrażają poczucie winy i skruchy mimo, że w rzeczywistości odczuwają wrogość wobec terapeuty. Jest to swego rodzaju pułapka, która może powodować, zwłaszcza u mało doświadczonych terapeutów, poczucie sukcesu. Równocześnie autorzy, powołując się na dane z literatury przedmiotu wskazują możliwości skutecznej terapii jednostek antyspołecznych. Jedną z takich propozycji jest przyjęcie jako celu terapii, dążenie do rozwinięcia u tych osób poczucia przywiązania. W pierwszym etapie terapii należy szukać porozumienia z pacjentem poprzez przekonanie go, że czas przeznaczony na terapię można konstruktywnie wykorzystać i terapeuta nie ma w tym osobistego interesu, więc nie ma powodów do oszukiwania go. Pacjenci antyspołeczni nie posiadają konstruktywnych doświadczeń socjalizacyjnych kształtujących u nich tendencję do wzbudzania uczuć prospołecznych, opartych na zaufaniu i akceptacji. Na ogół są przekonani, że inni ludzie nie są nimi zainteresowani lub są do nich nastawieni wrogo. Okazanie im życzliwości i zainteresowania i równocześnie konsekwentne traktowanie może ukształtować u pacjentów przekonanie, że terapeuta troszczy się o niego. Istotne jest także stwarzanie okazji do zachowań prospołecznych, np. poprzez opiekę nad zwierzętami, przekazywanie innym posiadanych umiejętności itp. Skuteczną strategią jest też uczenie pacjentów umiejętności długofalowego myślenia o własnych potrzebach i rozpoznawania skutków własnych zachowań dla innych ludzi. Pamiętamy, że jednostki antyspołeczne charakteryzują się między innymi tendencją do natychmiastowego zaspokajania swoich potrzeb. Określenie specyficznych obszarów problemowych pacjenta umożliwia szczegółowa analiza jego życia. Następnym etapem postępowania jest rozpoznawanie zniekształceń poznawczych związanych z każdym ze stwierdzonych problemów[23].

R. D. Hare przypomina, że podstawowym założeniem psychoterapii jest to, że pacjent potrzebuje i chce pomocy w uporaniu się z problemami. Skuteczna terapia wymaga współpracy pacjenta z psychoterapeutą, co oznacza, że pacjent musi być świadomy problemu i musi chcieć mu zaradzić. Zdaniem tego autora problem z psychopatami polega na tym, że oni nie dostrzegają w sobie żadnych problemów psychicznych ani emocjonalnych i nie rozumieją dlaczego mieliby zmienić swoje zachowanie, aby dostosować się do norm społecznych, z którymi się nie zgadzają. Są przekonani, mają prawo posługiwać się oszustwem i manipulacją, aby uzyskać to, co „im się należy". Dlatego nie widzą sensu większości metod psychoterapeutycznych. Psychopaci mają głęboko zakorzenione postawy i wzorce zachowań i są wyjątkowo odporni na wpływy zewnętrzne. Jeśli ponoszą karę za swoje uczynki, zwykle obwiniają system, los, otoczenie, tylko nie siebie. Nie

[23] T. Millon, S. Davis, Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie, Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2005, s. 180–183.

szukają pomocy z własnej woli. Zgłaszają się na terapię pod wpływem nalegań rodziny, nakazu sądowego lub powodowani chęcią ubiegania się o warunkowe zwolnienie. Gdy rozpoczną leczenie, zwykle stwarzają pozory zaangażowania. Nie są zdolni do otwartości emocjonalnej i autoanalizy, do których dąży większość terapii. Relacje międzyludzkie, niezbędne do osiągnięcia pozytywnych rezultatów, nie mają dla nich wartości. Autor formułuje pesymistyczny pogląd, że większość programów psychoterapeutycznych dostarcza psychopatom nowych usprawiedliwień i racjonalizacji oraz pogłębia ich znajomość ludzkich słabości. Psychopaci mogą opanować nowe, lepsze metody manipulacji, ale nie starają się zmienić własnych poglądów i nastawienia ani dostrzec, że inni także mają swoje potrzeby, uczucia i prawa[24].

Niezdolność do adekwatnej, opartej o standardy społecznego zachowania samooceny prowadzi do tego, że zdecydowana większość sprawców nie czuje się winna, z powodu swych przestępczych, często bardzo drastycznych, bo przybierających formę agresji, zachowań. Tym, jak się wydaje należy tłumaczyć fakt występującego często u osób z antyspołecznym zaburzeniem osobowości, poczucia krzywdy, tendencji do usprawiedliwiania własnych zachowań, braku poczucia odpowiedzialności za ich skutki oraz skłonności do obarczania innych, w tym osoby skrzywdzone popełnionym przestępstwem i co najważniejsze, z punktu widzenia skuteczności oddziaływań naprawczych, braku przeżywania poczucia winy[25].

E. Trzebińska i współpracownicy na podstawie badań stwierdzili, że u podłoża zaburzeń osobowości leżą zakłócenia w afektywnym przetwarzaniu informacji. Przemawia to za rozwijaniem zintegrowanej terapii zaburzeń osobowości wokół naprawiania struktur afektywno-poznawczych. Zmienianie emocji może stać się skutecznym psychoterapeutycznym podejściem do zaburzeń osobowości. Po pierwsze dlatego, że przeżycia emocjonalne mają podłoże w biologicznych, rodzinnych i społeczno-kulturowych elementach biografii człowieka i wywierają wpływ na to, co dzieje się z człowiekiem we wszystkich obszarach jego aktywności przez całe życie. Skierowanie oddziaływań na naprawianie przebiegu emocji umożliwia prowadzenie przyczynowej terapii zaburzeń osobowości. Po drugie, osobowość jest zbyt skomplikowana aby można ją zmieniać jako całość. Jednak wprowadzenie korzystnych zmian w jakiś składnik odgrywający istotną rolę w wielu mechanizmach, spowoduje że funkcjonowanie systemu ulegnie zmianie w szerokim zakresie. Emocje stanowią składowe licznych podsystemów wyższego rzędu (między innymi cech motywacyjnych i moralnych). Dlatego ich zmiana może poprawić działanie wielu mechanizmów psychicznych, np. funkcjonowanie interpersonalne, obraz siebie, system przekonań, mechanizmy regulacyjne (obronne). Po trzecie, z powodu rozwoju badań nad emocjami i w rezultacie coraz

---

[24] Hare, 2007, op. cit. s. 245 i nast.

[25] M. Gordon, Poczucie winy i samoocena własnych zachowań sprawców przestępstw o charakterze agresywnym (w:) Więziennictwo nowe wyzwania. II Polski Kongres Penitencjarny, red. B. Hołyst, W. Ambroziak, P. Stępniak, Warszawa – Poznań – Kalisz 2001, s. 692–700.

lepszego ich rozumienia, a ponadto umiejętności wpływania na nie metodami psychologicznymi, są tym wymiarem osobowości wokół którego można budować zintegrowaną psychoterapię zaburzeń osobowości. Równocześnie autorzy zastrzegają, że uczynienie z emocji złożonych centralnego zagadnienia w psychoterapii zaburzeń osobowości, nie podważa sensowności stosowania innych metod nastawionych na poprawę funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości[26].

K. Stala na podstawie badań nad zdolnością rozpoznawania emocji przez sprawców molestowania seksualnego dzieci, stwierdziła, że wprawdzie nie przejawiają oni globalnych deficytów rozpoznawania emocji, to ujawniają pewne zniekształcenia, jak obniżona zdolność rozpoznawania wstrętu, wydłużony czas reakcji, podwyższone rozpoznawanie gniewu i radości. Mogą one świadczyć o niechęci do kojarzenia wstrętu z obiektami nieskażonymi i czystymi, mechanizmie kompensacyjnym rozpoznawania emocji, rzutowaniu wrogości i skłonności do spostrzegania bardziej pozytywnego nastawienia ofiar wobec siebie i czynu. Poprawa zdolności rozpoznawania emocji mogłaby przynieść efekty w pracy terapeutycznej ze sprawcami przestępstw seksualnych. Z literatury przedmiotu wynika, że różni autorzy proponują włączanie nauki rozpoznawania emocji do treningów kompetencji społecznych i empatii. Autorka pracy powołuje się na dane o pozytywnych efektach nauki rozpoznawania emocji a nawet ograniczenia przestępczości u młodocianych sprawców. Treningi te mogą prowadzić do poprawy rozumienia emocji, kompetencji społecznych i redukcji agresywności. Równocześnie zwraca uwagę na to, że nauka samych umiejętności poznawczych z zakresu empatii może prowadzić do ich instrumentalnego wykorzystywania. Wyniki badań pokazały także, że rozpoznawanie emocji na twarzach ofiar miało pozytywny wpływ na nasilenie przemocy, bo pozwala sprawcy skłonić ofiarę do poddania się czynnościom seksualnym. Sama poprawa rozpoznawania takich emocji jak gniew, strach czy zaskoczenie, może powodować większą brutalność czynu i większe prawdopodobieństwo przełamania woli ofiary. Dlatego nauce rozpoznawania emocji powinny towarzyszyć treningi regulacji emocji i emocjonalnych aspektów empatii[27].

B. Pastwa-Wojciechowska dokonała przeglądu programów terapeutycznych dla sprawców przestępstw seksualnych realizowanych w różnych krajach europejskich. Na podstawie analizy programów i ich skuteczności wskazała, że osoby dotknięte parafiliami seksualnymi stanowią grupę niezwykle trudną pod względem diagnostycznym i terapeutycznym. Dzieje się tak ze względu na trwałość i sztywność form ich zachowania, współwystępowanie z utrwalonymi zaburzeniami osobowości w postaci zaburzeń antyspołecznych, narcystycznych i borderline, niespostrzeganie swojej perwersji jako zachowania zaburzonego, podejmowanie leczenia

[26] E. Trzebińska, 2009, op. cit. S. 200 i nast.

[27] K. Stala, Czy przestępców seksualnych należy uczyć rozpoznawania emocji? Rozpoznawanie emocji a nasilenie przemocy seksualnej, niepublikowana praca doktorska, Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii, 2018.

z powodów zewnętrznych (wyrok sądu, lęk przed karą), cechujące ich duże umiejętności manipulacyjne, wpływ kontaktu terapeutycznego z tą grupą osób na zachowanie terapeutów.

Autorka podkreśla, że dyskusja na temat resocjalizacji i terapii psychopatycznych sprawców czynów seksualnych nie powinna toczyć się wokół sensu tych oddziaływań a koncentrować na poszukiwaniu najbardziej skutecznych form pracy. Przyjęte rozwiązania powinny mieć charakter interdyscyplinarny, kompleksowy i systemowy, a także być realizowane w warunkach izolacji i kontynuowane po opuszczeniu przez sprawców zakładów karnych. Jest to pogląd popierany przez wielu autorów[28].

VI. Praktyka opiniowania osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzającymi zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

Przedstawiona w tej części opracowania analiza dotyczy opinii sporządzonych w związku z wnioskiem o zastosowanie wobec skazanych z zaburzeniami psychicznymi ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku i opinii okresowych opracowanych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie.

Szczegółowej analizie poddano 10 przypadków.

Są to mężczyźni, których aktualny wiek mieści się w przedziale od 37 do 73 lat, w tym:

- 37–40 – 2
- 41–50 – 3
- 51–60 – 3
- 61–70 – 1
- powyżej 70 lat, (73 lata) – 1

Trzech z nich kończyło odbywanie kary 25 lat pozbawienia wolności, w tym w jednym przypadku była to kara wymierzona w wyniku zamiany pierwotnie orzeczonej kary śmierci. Sześciu było skazanych na kary w wymiarze od 3 do 10 lat pozbawienia wolności i w jednym przypadku była to kara 14 lat pozbawienia wolności.

Wszyscy popełnili czyny o charakterze agresywnym, którym niekiedy towarzyszyły także przestępstwa przeciwko mieniu. Jednak z punktu widzenia przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. istotne są zachowania agresywne badanych, którzy byli skazani za:

- zabójstwo – 2
- usiłowanie zabójstwa – 1
- gwałt – 10

[28] B. Pastwa-Wojciechowska, 2013, op. cit. s. 253–283.

- czyn pedofilny – 3
- pobicie – 4
- inne – 5

Liczba przestępstw (25) jest wyższa od liczby badanych, bo 6 z nich zarzucono popełnienie więcej jak jednego czynu (od 2 do 6).

W stosunku do trzech skazanych sąd zastosował art. 31 par. 2 kk.[29].

Tylko jeden z badanych odbywał karę pozbawienia wolności po raz pierwszy. Pozostali (9 osób) byli w przeszłości karani sądownie i przebywali w warunkach izolacji więziennej od jednego do ośmiu razy. Dwóch było w przeszłości skazanych za zabójstwo i pięciu za czyny o charakterze seksualnym, przy czym dwie osoby popełniły ten czyn wielokrotnie.

Badani przebywali w oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo przez okres od jednego roku do jedenastu lat. Jednak w dwóch przypadkach pobyt ten był bardzo krótki. Opinie w związku z wnioskiem o zastosowanie ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku opracowano w tym samym miesiącu, w którym zostali przyjęci do oddziału terapeutycznego.

1. Analiza treści opinii psychologicznych opracowanych w związku z wnioskiem dyrektora zakładu karnego o zastosowanie ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku

Autorzy opinii podali jako podstawę ich opracowania: analizę dokumentacji osobopoznawczej, obserwację funkcjonowania skazanego, indywidualne rozmowy ze skazanym, wyniki badań zawarte w opiniach sądowo-psychiatrycznych, psychologicznych i seksuologicznych wydanych przed skazaniem, analizę orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych zawierających wniosek o skierowanie skazanego do systemu terapeutycznego. Ponadto powoływali się na posiadaną wiedzę z zakresu psychologii i seksuologii.

Opinie zostały opracowane według podobnego schematu, który obejmuje:

– Informacje o karalności i funkcjonowaniu w warunkach izolacji więziennej, wyniki badań psychologicznych, psychiatrycznych i seksuologicznych wykonanych w przeszłości (podstawę skazania i wysokość wyroku, opis popełnionego przestępstwa, informacje o poprzednich pobytach w warunkach izolacji, opis funkcjonowania w trakcie aktualnie odbywanej kary pozbawienia wolności, wyniki badań psychologicznych i psychiatrycznych zawarte we wcześniejszych opiniach, opis aktualnego stanu psychicznego skazanego),
– Informację o wynikach dotychczas stosowanych programów terapeutycznych i o postępach skazanego w resocjalizacji i terapii (informacje o treści i celu indywidualnego programu terapeutycznego, o zastosowanym programie terapeutycznym i resocjalizacyjnym dla skazanych

[29] Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

za przestępstwa o charakterze seksualnym, o zastosowanych wobec skazanego metodach i środkach oddziaływania, ocenę aktywności skazanego w zajęciach terapeutycznych i resocjalizacyjnych).
– Podsumowanie i wnioski (aktualne rozpoznanie, informacja o czynnikach ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa, wniosek dotyczący prawdopodobieństwa zagrożenia popełnienia przez opiniowanego czynu zagrażającego życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej innych osób).

Z treści analizowanych opinii wynika, że opiniujący podtrzymali rozpoznania zawarte w opiniach sądowo-psychiatrycznych, psychologicznych i seksuologicznych sporządzanych w trakcie trwania procesu karnego, których podstawowym celem była odpowiedź na pytanie o poczytalność sprawcy czynu zabronionego.

Przed skazaniem u badanych zdiagnozowano: mieszane zaburzenia osobowości (1 przypadek), uzależnienie od alkoholu (4 przypadki), zespół psychoorganiczny otępienno-charakteropatyczny (1 przypadek), organiczne zaburzenia osobowości (2 przypadki), osobowość dyssocjalną (6 przypadków), nieprawidłowy rozwój osobowości (1 przypadek).

Na podstawie badania seksuologicznego u sprawców czynów o charakterze seksualnym rozpoznano: sadyzm seksualny (1 przypadek), pedofilię (4 przypadki), raptofilię (1 przypadek).

U 9 badanych stwierdzono współwystępowanie zaburzeń, to jest zaburzenia osobowości i zaburzenia seksualne u 4 badanych, zaburzenia osobowości i uzależnienie od alkoholu u 3 badanych i u 2 zaburzenia osobowości, zaburzenia seksualne i uzależnienie od alkoholu.

Diagnozy te zostały ustalone przed skazaniem badanych a więc, w większości przypadków, wiele lat przed opracowaniem aktualnej opinii. Żadna z analizowanych opinii nie zawiera aktualnych badań struktury osobowości. Zatem nie można odpowiedzieć na pytanie czy i jaki wpływ na funkcjonowanie mechanizmów osobowości badanych miały stosowane, często przez wiele lat, oddziaływania terapeutyczne i resocjalizacyjne.

Nie przeprowadzono także badań poziomu funkcjonowania procesów poznawczych u tych skazanych, u których w przeszłości stwierdzono organiczne podłoże zaburzeń.

Opis celów terapii, oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych charakteryzuje się na ogół dużą ogólnością. Brakuje informacji o oddziaływaniach psychoterapeutycznych. W żadnej opinii nie zawarto informacji o udziale badanych w tworzeniu indywidualnych programów terapeutycznych. W przypadkach stwierdzonego negatywizmu skazanych wobec proponowanych oddziaływań, nie ma informacji o podejmowanych próbach modyfikowania postaw skazanych.

We wszystkich opiniach wnioski dotyczące zastosowania ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku mają charakter niejednoznaczny. Nie są oparte na jednolitych kryteriach. Sprowadzają się do dwóch stwierdzeń: „nie można wykluczyć, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu,

zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat." (7 przypadków), „nie można jednoznacznie ocenić charakteru i poziomu stwarzanego ryzyka dla bezpieczeństwa publicznego" (3 przypadki). W jednym przypadku opiniująca psycholog stwierdziła, że nie posiada wystarczających kompetencji do właściwej oceny prawdopodobieństwa popełnienia czynu, o którym mowa w ustawie.

We wszystkich przypadkach, oprócz opinii psychologicznych, zostały oddzielnie opracowane opinie psychiatryczne. Na ogół opinie zawierają dane z wywiadu z badanym i ocenę jego aktualnego stanu psychicznego. Niekiedy psychiatrzy odwołują się do wyników wcześniejszych badań i opinii specjalistycznych. Nie odnosząc się do merytorycznej treści tych opinii, warto podkreślić, że one także nie zawierają jednoznacznych, opartych o jednolite kryteria stwierdzeń dotyczących prawdopodobieństwa popełnienia przez opiniowanego czynu określonego w ustawie. Najczęściej psychiatrzy podali, że nie można wykluczyć ponownego popełnienia przez skazanego czynów jak poprzednio (5 przypadków). Ponadto sformułowano następujące wnioski: „Biografia opiniowanego wskazuje na powtarzalność zachowań przemocowych dotyczących sfery popędowej – seksualnej", „Brak wglądu i brak motywacji do korekty zachowań powodują, że zachodzi bardzo wysokie prawdopodobieństwo, że opiniowany będzie dopuszczał się ponownie przestępstw o charakterze przemocowym, seksualnym". W 3 przypadkach opiniujący psychiatra stwierdził, że nie posiada odpowiednich kompetencji do właściwej oceny prawdopodobieństwa popełnienia przez skazanego czynu przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej.

2. Analiza opinii okresowych opracowanych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie

Analiza obejmuje 19 opinii dotyczących 10 pacjentów ośrodka. Czterech z nich było opiniowanych więcej jak jeden raz. Są to te same osoby, których dotyczy analiza opinii opracowanych w oddziałach terapeutycznych w związku z wnioskiem o zastosowanie ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku.

Opinie zostały opracowane przez zespół specjalistów – psychiatrę, psychologa i psychologa – seksuologa w przypadkach, gdy opiniowany był skazany za czyn o charakterze seksualnym, według schematu obejmującego:

1. Wstęp (informacje od kiedy opiniowany przebywa w ośrodku i dane opiniujących).
2. Ocena psychologiczna opiniowanego.
3. Ocena psychologiczna opiniowanego w wymiarze psychoseksualnym – opis sytuacji rodzinnej, źródła wiedzy na temat seksualności, sposób realizowania potrzeby seksualnej.
4. Ocena psychiatryczna opiniowanego – aktualne rozpoznanie psychiatryczne, stosunek do proponowanych oddziaływań, wniosek dotyczący dalszej terapii. Aktualny opis stanu psychicznego.

5. Przedstawienie wyników postępowania terapeutycznego realizowanego w okresie podlegającym ocenie – powtórzenie informacji dotyczących rozpoznania, opis aktywności w trakcie pobytu w ośrodku, wniosek dotyczący zasadności dalszego pobytu w ośrodku.
6. Wnioski – podsumowanie treści opinii.
7. Ponadto dwie opinie zawierają dane z dokumentacji medycznej i sądowej, to jest opis popełnionego przestępstwa, argumenty dyrektora zakładu karnego uzasadniające wniosek o uznanie skazanego za osobę stwarzającą zagrożenie w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku, datę postanowienia sądu o umieszczeniu w ośrodku.

Oceny psychologiczne opracowano na podstawie:
- wywiadu psychologicznego (4 opinie);
- obserwacji klinicznej (19 opinii);
- wyników badania testami psychologicznymi (1 opinia).

Zatem podstawą opracowania opinii w każdym przypadku była przede wszystkim obserwacja kliniczna pacjenta podczas jego pobytu w ośrodku. Tylko w trzech opiniach znajdują się informacje, że proponowano pacjentom badanie testami psychologicznymi, to jest skalą inteligencji i kwestionariuszem osobowości i w jednym przypadku także testami nastawionymi na wykrywanie ewentualnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Badaniom poddał się jeden pacjent, pozostali nie wyrazili na nie zgody[30]. Z analizy treści ocen psychologicznych wynika, że w 4 przypadkach zawierają one dane uzyskane na podstawie wywiadu psychologicznego, to jest informację o sytuacji rodzinnej opiniowanego i relacjach z bliskimi, przebiegu edukacji, pracy zarobkowej, informacje o sytuacji osobistej, relacjach społecznych, stanie zdrowia, używkach, konfliktach z prawem.

Wszystkie opinie zawierają wyniki obserwacji klinicznej, na które składa się opis nastawienia pacjenta do zasad i reguł obowiązujących w ośrodku, charakterystyka kontaktów z psychologiem, sposób reagowania na trudności napotykane w ośrodku, a także informacje o propozycji badania testowego i reakcji na to badanie.

W podsumowaniu oceny psychologicznej opiniujący zamieścili informacje o zaangażowaniu pacjenta w terapię i wnioski dotyczące dalszego postępowania z nim. Informacje te zdecydowanie częściej zawierają sformułowania świadczące o braku pozytywnych rezultatów oddziaływań terapeutycznych. Do najczęstszych należą: nie udało się nawiązać kontaktu umożliwiającego pracę w obszarze zidentyfikowanych problemów psychologicznych pacjenta (8 razy), postawa pacjenta wobec popełnionych czynów jest bezkrytyczna (7 razy), przejawiał negatywizm wobec oddziaływań (7 razy), pacjent nadal wymaga szeroko pojętych, kompleksowych oddziaływań

---

[30] Wyniki przeprowadzonego badania skalą inteligencji pozwoliły zweryfikować rozpoznanie upośledzenia umysłowego postawione w czasie procesu karnego. Aktualne badanie wykazało inteligencję przeciętną, co znacząco zmieniło ocenę badanego z punktu widzenia jego możliwości rozumienia swojego postępowania i uczestniczenia w programie terapeutycznym.

terapeutycznych, by mógł uzyskać wgląd w swoje cechy osobowości (6 razy), posiada mały wgląd we własne problemy i stosowane mechanizmy psychologiczne (5 razy), brakuje mu wewnętrznej motywacji do pracy nad zmianą (5 razy), nie uczestniczył w żadnym spotkaniu z psychologiem (5 razy), nadal przejawia zaburzenia zachowania (5 razy), ujawnia mało krytyczną postawę względem uzależnienia (3 razy), obserwowano poprawne zaangażowanie pacjenta w terapię, jednak o charakterze instrumentalnym (3 razy). Poza tym w podsumowaniach znalazły się pojedyncze stwierdzenia: podważa kompetencje personelu, narzuca formę terapii. Znacznie rzadziej użyto ocen pozytywnych, takich jak: uczestniczył we wszystkich spotkaniach z psychologiem, co świadczy o zaangażowaniu (5 razy), współpracował z psychologiem w trakcie spotkań terapeutycznych (4 razy), respektował reguły obowiązujące w ośrodku (3 razy), chętnie analizował własne zachowania (2 razy). Poza tym w pojedynczych przypadkach odnotowano, że pacjent przejawiał częściowo krytyczny stosunek do przestępstwa, przejawiał krytyczny stosunek do przestępstwa, pracował nad poszerzeniem wglądu w mechanizmy swoich działań. Są to w większości stwierdzenia o charakterze formalnym, nie świadczą o podjęciu przez pacjenta rzeczywistej aktywności w procesie terapeutycznym.

Przytoczone stwierdzenia i oceny, zarówno świadczące o negatywnym nastawieniu pacjentów do oddziaływań terapeutycznych jak i te, które wskazują na pewne zaangażowanie w ten proces, nie zostały bliżej wyjaśnione. Np. nie wiadomo co znaczą zdania „postawa pacjenta wobec popełnionych czynów jest bezkrytyczna", „przejawiał negatywizm wobec oddziaływań", „pacjent nadal wymaga szeroko pojętych, kompleksowych oddziaływań terapeutycznych, by mógł uzyskać wgląd w swoje cechy osobowości", „pracował nad poszerzeniem wglądu w mechanizmy swoich działań".

Oceny psychologiczne opiniowanych w wymiarze psychoseksualnym dotyczą 5 pacjentów, to jest tych, którzy popełnili czyny o charakterze seksualnym i u których rozpoznano zaburzenia w sferze seksualnej. Oceny te zawierają opis sytuacji rodzinnej, wskazanie źródeł wiedzy na temat seksualności i informacje o sposobach realizowania potrzeby seksualnej.

W tych ocenach również dominują stwierdzenia świadczące o braku zainteresowania i zaangażowania pacjentów w proces terapii. Świadczą o tym sformułowania: uznaje umieszczenie w ośrodku jako środek represyjny, krzywdzący (5 razy), nie podjął terapii (4 razy), neguje zasadność terapii psychologiczno-seksuologicznej (4 razy), minimalizuje znaczenie popełnienia przestępstwa na tle seksualnym (4 razy), nie chce rozmawiać na temat rozwoju psychoseksualnego (3 razy), nie dostrzega problemów w sferze seksualnej (3 razy), nie ujawnia poczucia winy i odpowiedzialności za popełnione czyny (2 razy), krytycyzm pacjenta wobec popełnionych przestępstw o charakterze seksualnym ma charakter deklaratywny (2 razy). Opinie zawierały nieliczne pozytywne stwierdzenia: pacjent podejmował wysiłek terapeutyczny i przejawiał motywację do spotkań z psychologiem-seksuologiem (2 razy), uczestniczył we wszystkich spotkaniach

z seksuologiem (2 razy), uzyskano od pacjenta informacje dotyczące rozwoju psychoseksualnego i aktualnych potrzeb seksualnych (1 raz).

W trzech opiniach zawarto stwierdzenie o zasadności kontynuowania terapii seksuologicznej po opuszczeniu przez pacjenta ośrodka.

W ocenach psychiatrycznych znajdują się fragmentaryczne dane z wywiadu z pacjentem, opis aktualnego stanu psychicznego, informacje o leczeniu farmakologicznym. Niekiedy psychiatrzy odwoływali się do treści wcześniej wydanych opinii psychiatrycznych i psychologicznych. U żadnego z opiniowanych nie rozpoznano choroby psychicznej.

W analizowanych opiniach okresowych nie podano informacji o treści indywidualnego programu oddziaływań terapeutycznych, to jest problemach pacjenta wymagających terapii (z wyjątkiem informacji o zachowaniach agresywnych), ewentualnych zasobach, które można wykorzystać w procesie terapeutycznym, proponowanych formach i metodach oddziaływań, zadaniach pacjenta i personelu prowadzącego terapię. Tylko w jednej opinii znajduje się wyczerpujący opis problemów pacjenta wymagających terapii, w czterech opiniach jest to informacja fragmentaryczna, pozostałe nie zawierają danych na ten temat. W czterech opiniach podano częściowe dane o prowadzonych oddziaływaniach. Tylko w dwóch opiniach znajduje się sprawozdanie z przebiegu zastosowanej terapii poznawczo-behawioralnej.

W podsumowaniu i wnioskach opinii zawarto rozpoznania psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne ustalone w czasie pobytu pacjenta w ośrodku. Są to następujące rozpoznania: osobowość dyssocjalna i uzależnienie od alkoholu (3 przypadki); osobowość o cechach dyssocjalnych; cechy osobowości dyssocjalnej na podłożu organicznym, raptofilia[31]; osobowość dyssocjalna, pedofilia; pedofilia (2 przypadki); mieszane zaburzenia osobowości, cechy dyssocjalne i paranoiczne; dyssocjalne zaburzenia osobowości, raptofilia. Zatem w diagnozach dominują dyssocjalne zaburzenia osobowości, jednak rozpoznania te, poza jednym przypadkiem nie zostały poparte wynikami badania testami osobowości. To powoduje, że nie było możliwe ustalenie jakie właściwości osobowościowe charakteryzujące poszczególnych pacjentów powinny być korygowane. Osobowość dyssocjalna charakteryzuje się nasileniem cech sprzyjających przekraczaniu reguł społecznego współżycia, zachowaniom przemocowym i agresywnym. Jednocześnie wiadomo, że osoby z takim samym rozpoznaniem zaburzeń posiadają cechy typowe i charakterystyczne dla siebie, odróżniające ich od innych. Programy terapeutyczne muszą być dostosowane do tych indywidualnych właściwości, czego bez diagnozy struktury osobowości i zidentyfikowania problemów utrudniających przystosowane społeczne w historii życia, nie można zrobić.

Zawarte w opiniach wnioski są oczywistą konsekwencją treści opinii i w większości przypadków wskazują na konieczność dalszego pobytu pacjentów w ośrodku. Wniosek ten opiniujący

---

31 Raptofilia to zaburzenie preferencji seksualnych wiążące się z gwałcielstwem.

popierali następującymi stwierdzeniami: nadal występuje wysokie/bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia kolejnego czynu zabronionego o znacznej szkodliwości społecznej (8 razy), wymaga dalszej terapii psychologicznej realizowanej w ośrodku (6 razy), wymaga dalszego pogłębienia swojej wiedzy psychologicznej o sobie (4 razy), wymaga dalszych intensywnych oddziaływań psychologicznych w celu uzyskania wglądu w psychologiczne mechanizmy swoich działań (4 razy), wymaga dalszej terapii seksuologicznej (4 razy), zaprzecza zaburzeniom preferencji seksualnych (3 razy), całkowicie bezkrytyczny w stosunku do motywów popełnionych przestępstw seksualnych (2 razy), nadal stanowi zagrożenie w zakresie popełnienia czynu przeciwko zdrowiu i życiu innych osób (2 razy) i pojedyncze stwierdzenia: nikłe zainteresowanie oddziaływaniami terapeutycznymi, deklaratywne rozumienie mechanizmów stwierdzonych zaburzeń.

Rzadsze są pozytywne oceny: regularnie uczestniczył w spotkaniach z personelem (5 razy), nie istnieje bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu przeciwko zdrowiu, życiu lub wolności seksualnej (4 razy), powinien być objęty nadzorem prewencyjnym, kontynuować terapię psychologiczną, seksuologiczną i odwykową (4 razy), przestrzegał zasad regulaminu (4 razy), nie wymaga dalszego pobytu w ośrodku (4 razy), obserwuje się poprawę w zakresie realizowanego kompleksowego programu terapii psychologicznej (3 razy), posiada wgląd w uzależnienie od alkoholu (2 razy) i pojedyncze stwierdzenia: posiada wgląd w problemy seksualne, dyssocjalne zaburzenia osobowości w wyniku podjętych działań uległy złagodzeniu.

W jednym przypadku, w kolejnej opinii okresowej stwierdzono pogorszenie funkcjonowania pacjenta w trakcie pobytu w ośrodku polegające na nasileniu się negatywizmu, zerwaniu kontaktu z psychologiem, wzroście liczby zachowań agresywnych wobec personelu i pacjentów, odmowie przyjmowania leków. W rezultacie zmieniono ocenę wysokiego prawdopodobieństwa na bardzo wysokie prawdopodobieństwo.

W pozostałych przypadkach treść kolejnych opinii okresowych nie zawiera istotnych różnic, na ogół dotyczy funkcjonowania pacjenta w trakcie całego pobytu w ośrodku, nie pokazuje dynamiki zmian.

VII. Podsumowanie

Przedmiotem opracowania jest analiza 10 opinii psychologicznych opracowanych w trakcie postępowania wykonawczego w stosunku do skazanych, którzy spełniają przesłanki określone w art. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku i 19 opinii okresowych opracowanych w stosunku do tych samych osób w trakcie ich pobytu w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie.

Analiza treści opinii dotyczących skazanych kończących odbywanie kary w systemie terapeutycznym wykazała, że zostały one opracowane na podstawie materiałów zawartych w dokumentacji osobopoznawczej, obserwacji funkcjonowania skazanego w oddziale terapeutycznym, indywidualnych rozmów ze skazanym, wyników badań opisanych w opiniach sądow-psychiatrycznych, psychologicznych i seksuologicznych opracowanych w trakcie procesu karnego, orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych kierujących do odbywania kary w systemie terapeutycznym. Opiniujący powoływali się ponadto na posiadaną wiedzę z zakresu psychologii i seksuologii. W żadnym przypadku nie przeprowadzono badań psychologicznych przed wydaniem opinii. Należy zauważyć, że opinie zostały opracowane po wielu latach pobytu skazanego w warunkach izolacji więziennej, w tym w oddziałach terapeutycznych i poddaniu ich odziaływaniom resocjalizacyjnym i terapeutycznym. Brak aktualnych badań psychologicznych nie pozwala odpowiedzieć na istotne pytanie o wpływ pobytu w izolacji i stosowanych oddziaływań naprawczych na funkcjonowanie mechanizmów osobowości skazanego. Opinie nie zawierają charakterystyk struktury osobowości skazanych. Tylko w jednej znajduje się opis cech osobowości, ale nie wiadomo, czy jest to opis aktualny czy też zaczerpnięty z badań wykonanych w przeszłości, bowiem autor opinii nie podał informacji o przeprowadzeniu badań testami osobowości, przed jej sporządzeniem. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie rozstrzyga w sposób precyzyjny, podobnie jak wielu innych problemów, kwestii aktualności opinii. Jednakże uwzględniając cel i czas w jakim opinia jest sporządzana, należy uznać jako oczywisty obowiązek przeprowadzenia kompleksowych badań psychologicznych przed jej opracowaniem. Bowiem zadaniem czynności diagnostycznych związanych z formułowaniem prognozy jest ocena osobowości skazanego, jej funkcjonalnych i strukturalnych właściwości z perspektywy psychopatologii, ocena motywacyjnych warunków czynu zabronionego i na podstawie tych czynników, ocena ryzyka przyszłego zachowania[32].

Zgodnie z treścią artykułu 83 Kodeksu karnego wykonawczego, wyniki badań psychologicznych skazanych są podstawą opracowania indywidualnych programów resocjalizacji i terapii[33]. Obowiązek zakończenia procesu diagnostycznego sformułowaniem zaleceń dotyczących dalszego postępowania z osobą badaną, wynika ponadto ze standardów opiniowania

32 J. K. Gierowski, 2014, op. cit. s. 24.

33 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 553 z późn. zm.).

psychologicznego[34]. Tymczasem analizowane opinie nie zawierają informacji o treści programów realizowanych w oddziale terapeutycznym, to jest o tych wskaźnikach behawioralnych i osobowościowych, które przyczyniły się do trudności przystosowawczych skazanego i które były przedmiotem oddziaływań korekcyjnych, a także o metodach i środkach tych oddziaływań. Nie wiadomo też jaki był udział skazanego w tworzeniu programu i w jakim stopniu akceptował ten program. W rezultacie brakuje informacji o tym jakie zachowania i cechy osobowości starano się zmieniać w pracy ze skazanym, jakie były rezultaty tych wysiłków w kolejnych okresach pobytu skazanego w oddziale terapeutycznym, czy i w jakim kierunku modyfikowano treść indywidualnych programów terapeutycznych. Opinie zawierają jedynie lakoniczne, cząstkowe informacje o stosowanych oddziaływaniach.

Wyników aktualnych badań psychologicznych nie zawierają także opinie okresowe opracowane w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, poza jednym przypadkiem. Propozycje badań w trzech innych przypadkach nie zostały zaakceptowane przez pacjentów. W pozostałych opiniach nie ma informacji o zamiarze przeprowadzenia badań testami osobowości. Opinie te są wydawane co 6 miesięcy i nie jest celowe wykonywanie kompleksowych badań psychologicznych po upływie tak krótkiego czasu, jeśli nie pojawiły się powody wyjaśnienia mechanizmów szczególnych zachowań obserwowanych u pacjentów. Z pewnością jednak każda opinia powinna być poprzedzona przeprowadzeniem psychologicznej rozmowy diagnostycznej odnoszącej się do funkcjonowania pacjenta w okresie jaki minął od wydania poprzedniej opinii. Opiniujący podali jako podstawę opracowania opinii obserwację kliniczną, to jest obserwację zachowania pacjenta w ośrodku, nie przeprowadzili diagnozy psychologicznych mechanizmów tego zachowania.

W większości przypadków analizowane opinie okresowe nie zawierają informacji o przyjętym wobec pacjenta programie indywidualnego oddziaływania terapeutycznego. W nielicznych znajdujemy informacje o formach aktywności pacjentów, które jednak nie dostarczają wiedzy o celach i metodach proponowanych oddziaływań terapeutycznych.

Wnioski zawarte w analizowanych opiniach, zarówno tych sporządzanych w oddziałach terapeutycznych jak i w opiniach okresowych, odnoszące się do pytania o zasadność stosowania przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku, są niejednoznaczne. Potwierdza to obawy i zastrzeżenia zgłaszane przez krytyków ustawy w chwili wprowadzania jej w życie. Psycholodzy, a także psychiatrzy i seksuolodzy nie dysponują kryteriami oceny wysokiego i bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia czynu opisanego w ustawie, o czym świadczą najczęściej formułowane stwierdzenia, że nie można wykluczyć prawdopodobieństwa popełnienia przez opiniowanego ponownie czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko

[34] K. Stemplewska -Żakowicz, Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2009, s 186–189.

życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Specjaliści powołują się na opisane w kryminologii czynniki ryzyka popełnienia przestępstwa, np. antyspołeczne zaburzenia osobowości, charakter popełnionego przestępstwa, postawę wobec własnej aktywności przestępczej opiniowanego, aktywność w procesie terapii, które jednak nie przesądzają o wysokim lub bardzo wysokim prawdopodobieństwie ponownego wystąpienia zachowań zagrażających życiu, zdrowiu i wolności seksualnej innych osób. W rezultacie przekazują wydanie rozstrzygającej opinii biegłym powołanym przez sąd. Nasuwa się pytanie czy kompetencje biegłych w tym zakresie są wyższe od kompetencji specjalistów, którzy pracowali z opiniowanym często przez wiele lat. Trzeba zgodzić się z przywołanym we wstępnej części opracowania, poglądem J. K. Gierowskiego, że aktualny stan wiedzy i praktycznych doświadczeń osób zajmujących się problematyką przestępczości nie wyposażył psychiatrów, psychologów i seksuologów w narzędzia pozwalające na opracowanie jednoznacznej, kategorycznej prognozy. Nie można także pominąć faktu, że opiniujący psychologowie napotykają trudności natury etycznej występując w podwójnej roli terapeuty i diagnosty, który może przyczynić się do pogorszenia sytuacji życiowej swojego pacjenta.

Wnioski zawierające propozycje pozostawienia pacjentów w ośrodku są formułowane w oparciu o ich przeszłość kryminalną, obserwacje zachowania w oddziale i ocenę stosunku do terapii, przy czy, jak kilkakrotnie podkreślano, oceny te mają bardzo ogólny charakter i nie pokazują dynamiki zmian.

Opinie okresowe mają charakter kompleksowy, to znaczy są sporządzane przez zespół specjalistów – psychiatrę, psychologa i seksuologa w przypadku pacjentów, którzy popełnili czyny przeciwko wolności seksualnej. Jest to bez wątpienia praktyka zasługująca na poparcie. Jednakże lektura opinii wykazała, że nie mają one charakteru komplementarnego, z ich treści nie wynika, by sformułowane wnioski były efektem dyskusji między specjalistami i wypracowania wspólnego stanowiska. W rezultacie opinie zawierają liczne powtórzenia, co nie ułatwia odbiorcom zrozumienia ich treści.

Opracowanie wspólnej opinii przez osoby reprezentujące różne specjalności, ale zajmujące się podobnym zagadnieniem, ma na celu wypracowanie rozstrzygnięcia na podstawie ustaleń każdego z opiniujących, zgodnie z jego kompetencjami. Nie wyłącza to samodzielności i odpowiedzialności każdego z nich za prawidłowość opinii w zakresie objętym posiadaną przez niego wiedzą specjalistyczną. Jednocześnie wnioski muszą być rezultatem uzgodnień i porozumienia między specjalistami reprezentującymi różne dziedziny wiedzy, będącymi równorzędnymi członkami zespołu[35].

[35] J. K. Gierowski, Kompetencyjne i diagnostyczne problemy opiniowania sądowo-psychologicznego a poczytalność, w: D. Rode (red.) Modele psychologicznego opiniodawstwa w sprawach karnych, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2015, s. 41 i nast.

W przypadku skazanych, w stosunku do których wnioskuje się o zastosowanie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. a następnie stosuje się przepisy tej ustawy poprzez umieszczenie w ośrodku, problemem diagnostycznym jest pytanie o prawdopodobieństwo stwarzania przez nich w dalszym ciągu zagrożenia ze względu na występujący u nich rodzaj zaburzeń psychicznych. Brakuje kryteriów oceny tego prawdopodobieństwa. Pomocne mogą być wprowadzane obecnie w Polsce metody statystyczne, których jednak nie można przeceniać, znając wyniki badań nad ich trafnością. Nie należy rezygnować z badań za pomocą metod klinicznych i testów psychologicznych. Z przedstawionej analizy wynika, że dominującym zaburzeniem u osób kierowanych do Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zaburzeniom Dyssocjalnym jest antyspołeczne zaburzenie osobowości (osobowość dyssocjalna). Zatem konieczne jest badanie struktury osobowości przed podjęciem decyzji o wystąpieniu z wnioskiem o zastosowaniu wobec skazanego przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. i porównanie wyników badań z treścią orzeczeń psychologiczno-penitencjarnych opracowanych w związku ze skierowaniem skazanego do odbywania kary w systemie terapeutycznym. Diagnoza ta powinna uwzględniać występowanie i nasilenie cech, które sprzyjają naruszaniu zasad społecznego współżycia i norm prawnych, zwłaszcza poziomu internalizacji społecznych standardów zachowania, poziomu agresywności, zdolności do przeżywania poczucia winy, zdolności wzbudzania uczuć prospołecznych, poziomu empatii, zdolności samokontroli, systemu wartości i norm, dążeń i planów, zdolności wglądu w cechy osobowości i motywy zachowania, stosowanie mechanizmów obronnych osobowości, strategii radzenia sobie ze stresem, sposobu układania relacji z innymi ludźmi, możliwości korzystania ze wsparcia społecznego i gotowości do przyjęcia tego wsparcia, poziomu przygotowania do podjęcia ról społecznych. Ważna jest analiza zależności między popełnionym czynem a mechanizmami osobowości i objawami psychopatologicznymi. Należy ustalić jaki jest aktualnie stosunek opiniowanego do czynu zabronionego, którego się dopuścił, to jest zdolność do krytycznej oceny własnego zachowania, rozumienia jego konsekwencji, poziom poczucia sprawstwa, dostrzeganie możliwości prospołecznego rozwiązania problemu, który doprowadził do zachowania krzywdzącego i niezgodnego z prawem i rozpoznanie emocji, jakie aktualnie wzbudza sytuacja popełnienia przestępstwa (np. poczucie winy, poczucie krzywdy, złość).

Psycholog diagnosta jest zobowiązany do uwzględniania ogólnych standardów opiniowania psychologicznego, zwłaszcza zasady ujmowania diagnozy jako procesu poznawczego polegającego na sformułowaniu pytania diagnostycznego (problemu), wyborze narzędzi odpowiednich do zbadania problemu, interpretacji, analizie i integracji danych i sformułowaniu odpowiedzi na pytania diagnostyczne, to jest rozpoznanie, zrozumienie zjawiska, wyjaśnienie uwarunkowań i dynamiki, przewidywanie możliwego rozwoju zdarzeń w przyszłości[36].

---

[36] K. Stemplewska-Żakowicz, Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2009, s. 140–149.

Analiza treści opinii sporządzanych wobec osób stwarzających zagrożenie pokazała, że podstawą odpowiedzi na pytanie o wysokie lub bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez te osoby ponownie czynu opisanego w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. jest przeszłość kryminalna opiniowanego i wyniki badań specjalistycznych przeprowadzonych w trakcie procesu karnego, a w przypadku ocen okresowych także obserwowany negatywizm wobec oddziaływań terapeutycznych. Tymczasem, zgodnie ze standardami opiniowania psychologicznego, opinia powinna był opracowana na podstawie wyników aktualnych badań przeprowadzonych metodami klinicznymi i testowymi.

Analiza opinii psychologicznych dotyczących osób stwarzających zagrożenie pokazała, że po pięciu latach stosowania ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. nadal nie ma odpowiedzi na pytanie, jakimi kryteriami powinni posługiwać się opiniujący ustalając wysokie lub bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej.

Ponadto pojawiło się pytanie, co należy i co można zrobić, by zmienić nastawienie pacjentów Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie do proponowanej im terapii. Brak odpowiedzi na to pytanie podważa sens ustawy. Z treści analizowanych opinii wynika, że pacjenci traktują umieszczenie ich w ośrodku jako represję, nie akceptują proponowanych im oddziaływań i nie chcą w nich uczestniczyć, nie nawiązują kontaktu terapeutycznego, nie przestrzegają zasad obowiązujących w ośrodku, reagują agresją i na ogół nie podejmują wysiłku, by zmienić styl swojego życia. W literaturze przedmiotu rozpowszechniony jest pogląd, że poddawanie przymusowej terapii osób z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami preferencji seksualnych czy upośledzonych umysłowo jest niecelowe ze względu na brak skuteczności tych oddziaływań. Co zatem można osiągnąć stosując przepisy ustawy, poza izolowaniem społecznym osób stwarzających zagrożenie.

Agnieszka Welento-Nowacka

Praktyczne aspekty opiniowania psychiatrycznego na rzecz ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób

I. Wstęp

Początkowo, kiedy autorka została poproszona o napisanie poniższego rozdziału, założeniem miało być wyłącznie opisanie metod oceny prawdopodobieństwa popełnienia czynu z użyciem przemocy, która jest w obszarze jej szczególnych zainteresowań jako osoby, która od kilku lat stara się zgłębiać ten temat, zarówno praktycznie, jak i w trakcie badań naukowych. Jednak od czasu napisania pierwotnego tekstu, toczyło się wiele dyskusji i spotkań, które dotyczyły samej ustawy oraz zasad funkcjonowania KOZZD. U biegłych, opiniujących na rzecz ustawy, pojawiło się wtedy przeświadczenie, że w trakcie konferencji i rozmów jej dotyczących, zasadniczo pomijana jest rola biegłego, która w przypadku ustawy jest kluczowa. Choć biegli uczestniczyli w powyższych spotkaniach i konferencjach, to często odnosili wrażenie, że głównym obszarem zainteresowania były aspekty prawne, a nie praktyczne problemy, jakich doświadczają w opiniowaniu na rzecz ustawy. Widoczne jednak było zainteresowanie naszym stanowiskiem, co wyrażało się w zadawanych biegłym pytaniach. Stąd wziął się pomysł na poszerzenie tego rozdziału o stanowisko biegłych, które mam nadzieję, zostanie dostrzeżone i zrozumiane przez inne środowiska, które zajmują się problemami ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., jak również będzie, przynajmniej po części, odpowiedzią na zadawane nam przez prawników pytania.

W wielu aspektach odnoszę się i porównuję stosowanie ustawy do środków zabezpieczających. Po pierwsze jest to obszar dla mnie najbardziej znany, a po wtóre wydaje się, że porównanie tych dwóch sytuacji, ograniczających wolność jednostki, może być ważnym punktem do dalszych rozważań na temat zmian w ustawie.

II. Biegły w postępowaniu cywilnym z wniosku dyrektora zakładu karnego o uznanie uczestnika za osobę stwarzającą zagrożenie

1. Powołanie i kompetencje biegłych

Artykuł 14 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., jako najważniejszy z dowodów w orzekaniu o tym, czy konieczne jest umieszczenie w Ośrodku lub zastosowanie nadzoru prewencyjnego wobec osoby stwarzającej zagrożenie, wymienia opinię biegłych.

Natomiast zgodnie z artykułem 11 ustawy, powołanie biegłych jest obligatoryjne, a skład zespołu jest dokładnie określony. Sąd powołuje dwóch biegłych psychiatrów, a w przypadku stwierdzenia zaburzeń osobowości również biegłego psychologa, w sprawach przeciwko wolności seksualnej biegłego lekarza seksuologa lub certyfikowanego psychologa seksuologa.

Należy odnieść się do stwierdzenia *„certyfikowany psycholog seksuolog"*, ponieważ ustawodawca nie precyzuje, o jaki konkretny certyfikat chodzi, a psycholog, nawet jeśli jest wpisany na listę biegłych jako osoba opiniująca w sprawach przeciwko wolności seksualnej, a nie posiada certyfikatu, w ramach ustawy opiniować nie może. Sformułowanie dotyczące certyfikowanego psychologa seksuologa budzi wątpliwości i jest różnie interpretowane przez sądy, gdyż jak wspomniano powyżej, ustawa nie precyzuje o jaki konkretnie certyfikat chodzi, a nigdy wcześniej w zapisach kodeksowych nie pojawiało się takie uszczegółowienie wymagań dotyczących biegłego. Wydaje się, że ponieważ ustawa nie precyzuje, jaki miałby to być certyfikat, należy uznać, że zarówno certyfikaty wydawane w Polsce, jak i certyfikaty uzyskane poza granicami kraju i sygnowane przez inne europejskie towarzystwa seksuologiczne, powinny spełniać powyższą przesłankę. W praktyce, nie zawsze jednak taka argumentacja jest brana pod uwagę, a kwestia ta jest różnie interpretowana. Należałoby ten zapis uregulować bądź poprzez doprecyzowanie, bądź raczej usunięcie wyrazu *„certyfikowany"* jak to jest w przypadku innych aktów prawnych[1].

Kolejną sporną kwestią jest obszar tematyczny ekspertyzy biegłych. Ustawa nigdzie nie precyzuje przedmiotu opinii. Nie istnieje tam zapis, z którego można jasno wyprowadzić pytania do biegłych i zakres ich kompetencji. W efekcie sądy ustalają to niejako uznaniowo, układając pytania w oparciu o przepisy ustawy, dotyczące warunków jej stosowania. Powołany zespół biegłych, w zależności od rodzaju sprawy, w składzie opisanym powyżej, ma zazwyczaj za zadanie odpowiedzieć na poniższe pytania, które choć w poszczególnych sprawach różnią się stylistycznie, przeważnie mają poniższe brzmienie:

– czy uczestnik wykazuje zaburzenia, o których mowa w art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2019 roku poz. 2203 ze zm.),

[1] Zarówno w Kodeksie postępowania karnego, jak i Kodeksie karnym wykonawczym występuje po prostu sformułowanie „psycholog seksuolog".

w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych, które mają taki charakter lub takie nasilenie, że:

- zachodzi wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat (art. 14 ust. 2 ustawy), jeśli tak, należy zaproponować podmiot leczniczy, w którym może być prowadzone postępowanie terapeutyczne
- ewentualnie czy stwierdzone przez biegłych zaburzenia psychiczne lub ich nasilenie wskazują, że zachodzi bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia przez uczestnika czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat (art. 14 ust. 3 ustawy).

Zdarza się też, że pytania do biegłych dotyczą *explicite* konieczności umieszczenia uczestnika w KOZZD. Już na pierwszy rzut oka widać, że zakres tych zagadnień w istocie przerzuca odpowiedzialność za podjęcie decyzji o zastosowaniu ustawy i dalszych jej konsekwencji na zespół biegłych. Co więcej, używane sformułowanie: „czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat", zakłada, że biegli mają dokonać również kwalifikacji prawnej czynu, który uczestnik miałby w przyszłości popełnić. To z kolei oznacza, że muszą oni znać zarówno wykładnię terminów prawnych „przemocy" i „groźby", ale też zakresu penalizacji czynów przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej (ale nie obyczajności). Jednak największe kontrowersje budzi użyte w ustawie rozróżnienie wysokiego i bardzo wysokiego prawdopodobieństwa popełnienia opisanego wyżej czynu zabronionego. Zarówno środowiska prawnicze, jak i biegli, alarmowali, że nie istnieje możliwość zobiektywizowania, czy też bardziej precyzyjnego określenia nasilenia i poziomu niebezpieczeństwa dla porządku prawnego zagrożenia, jakie stwarzać mogą wskazane w tej ustawie osoby. Nauka nie zna sensownych i obiektywnych kryteriów, które można by w takiej sytuacji zastosować[2]. Mimo tego, takie jest oczekiwanie sądów wobec biegłych, co przekłada się na treść stawianych im pytań. Jest to o tyle niezwykłe, że z art. 14 ustawy wyraźnie wynika, że to sąd ma dokonać tej oceny, a opinia biegłych jest najważniejszym, ale nie jedynym źródłem tego rozróżnienia.

Profesor Gierowski, w swoim komentarzu do ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., podkreśla, że pomimo rozwoju metod stosowanych do szacowania ryzyka, nie ma możliwości

[2] J. K. Gierowski, L. Paprzycki. Kontrowersje związane z ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób – perspektywa prawna i psychiatryczno-psychologiczna, Palestra 9/2014, s.144–161.

zobiektywizowania oceny tak, by odróżnić ryzyko „wysokie" od „bardzo wysokiego"[3]. Mimo tego, że wprowadzone zostały w Polsce, do powszechnego użytku, narzędzia oparte na profesjonalnej ustrukturyzowanej ocenie ryzyka przemocy (opisane poniżej), którą szeroko opisuje w swoim opracowaniu profesor Gierowski, nadal nie można i prawdopodobnie nigdy nie będzie można oszacować ryzyka popełnienia czynów o charakterze przemocy, odróżniając wysokie prawdopodobieństwo od bardzo wysokiego. Nie jest też możliwe, by ryzyko takie zostało ocenione z całą stanowczością, a nawet graniczącą z pewnością. Wynika to z tego, że jak wykazano powyżej, na oszacowanie ryzyka wpływa wiele czynników, nie tylko historyczno-statycznych, ale i dynamicznych, a czasem i niezależnych tylko i wyłącznie od samego sprawcy, jak wsparcie społeczne, związek intymny, sieć społeczna, praca itp. Jak opisano powyżej, biegły w swojej opinii podaje jedynie orientacyjny poziom ryzyka, w trzystopniowej skali, przede wszystkim skupiając się na opracowaniu prognozy kryminologicznej. Prognoza taka zawiera opis motywacji sprawcy, czynników, które mogą wystąpić w przyszłości, wpływając negatywnie i otwierając drogę do przemocy, ale także takich, które mogą potencjalnie chronić osobę opiniowaną przed dokonaniem przemocy, czyli analogicznie zatrzymywać drogę do popełnienia czynów. Przekazujemy w ten sposób wymiarowi sprawiedliwości informacje zebrane w trakcie badania, dane z akt, dokumentacji i innych dostępnych materiałów oraz diagnozę wraz z opisem cech badanego i oceną jego funkcjonowania. Nadal jednak nie określamy, czy prawdopodobieństwo jest wysokie, czy też bardzo wysokie. Czy jednak w ogóle powinniśmy? W orzecznictwie karnym biegły nie szacuje poziomu ryzyka, ani wysokości szkodliwości czynu, pozostawiając to do oceny sądu. W analizie wymiaru sprawiedliwości, dotyczącego stosowania ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., dr A. Gutkowska przypomina i wskazuje na rolę sądu w podejmowaniu ostatecznej decyzji, dla którego opinia biegłego powinna być jednym z dowodów w sprawie, na podstawie którego i innych dostępnych sądowi informacji, rozstrzyga on i podejmuje decyzję, dotyczącą tego, czy występuje „wysokie" czy „bardzo wysokie" prawdopodobieństwo. Jednak wydaje się, że ustawa stanowi inaczej, faktycznie przerzucając na biegłych wypowiedzenie się w kwestii dwóch z trzech przesłanek, które są konieczne do uznania osoby za stwarzającą zagrożenie[4].

Kolejną trudnością dla biegłych w przypadku ustawy jest to, że ma on wypowiedzieć się, czy w trakcie postępowania wykonawczego występowały zaburzenia psychiczne pod postacią zaburzeń osobowości, upośledzenia umysłowego lub zaburzeń preferencji seksualnych. Literalne stwierdzenie „w postępowaniu wykonawczym", do czego odniósł się również Trybunał Konstytucyjny, ma oznaczać, że biegły w ocenie prawdopodobieństwa powinien nie brać pod uwagę tego,

---

3 J. K. Gierowski, Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r., Kwartalnik poświęcony zagadnieniom kryminologicznym i penitencjarnym, 2014, s. 15.

4 https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2020/05/2020_Analizy-AGutkowska-Stosowanie-ustawy-o-post%C4%99powaniu.pdf [dostęp: 21.06.2020 r.].

co uwzględniano w postępowaniu przygotowawczym, a więc samego czynu. Jak opisane zostanie poniżej, założenia stosowanych metod do szacowania ryzyka przemocy opierają się o całą przeszłość badanego, w tym o rodzaj, drastyczność, powtarzalność czy eskalację zachowań o charakterze przemocy. Bez uwzględnienia wszystkich informacji na temat badanego, biegli nie są w stanie rzetelnie oszacować prawdopodobieństwa, choćby dlatego, że jednym z elementów oceny jest określenie modelu przemocy, motywacji sprawcy czy drogi do ewentualnej recydywy. Natomiast postępowanie wykonawcze to tylko wycinek z życia uczestnika postępowania, nie oddający całokształtu jego funkcjonowania. Powoduje to u biegłych rozważania, że ustawa wymaga od nich rzeczy, z jednej strony niemożliwej, a z drugiej strony niezbędnej, by uznać osobę opiniowaną za osobę stwarzającą zagrożenie.

2. Ocena charakteru lub nasilenia zaburzeń psychicznych pod postacią zaburzeń osobowości, upośledzenia umysłowego lub zaburzenia preferencji seksualnych

W przypadku osób chorych psychicznie postawienie rozpoznania nie stanowi dla biegłych zazwyczaj większego problemu, gdyż posługujemy się międzynarodowymi klasyfikacjami, takimi jak ICD10 czy DSM V. Tak samo jest z określeniem przez psychologów, czy funkcjonowanie i myślenie było na tyle zaburzone, że nie mogła osoba ta rozpoznać znaczenia czynu lub pokierować swoim postępowaniem. O wiele trudniej jest jednak w przypadku ustawy, gdyż tu biegły ma wypowiedzieć się, czy w trakcie postępowania wykonawczego występowały zaburzenia psychiczne pod postacią zaburzeń osobowości, upośledzenia umysłowego lub zaburzeń preferencji seksualnych. Ustawodawca dookreślił zaburzenia psychiczne i ograniczył je do powyższych sytuacji. Gdyby tego nie zrobił, mogłaby zaistnieć sytuacja, że każde zaburzenie psychiczne może podlegać ustawie. Natomiast zaburzenie psychiczne jest to *„ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, zwykle będących źródłem cierpienia lub utrudnień w funkcjonowaniu społecznym, które są przedmiotem zainteresowania psychiatrii klinicznej, w tym takich jej działów, jak diagnostyka, leczenie, profilaktyka, badania etiologii i patogenezy”*[5]. Według tej definicji, zaburzenie psychiczne to bardzo pojemna kategoria i zawiera np. zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego czy zaburzenia adaptacyjne, które są nierozerwalnie związane z samym faktem izolacji.

Może się zdarzyć, że w badaniu do celów opinii nie ma przesłanek, by rozpoznać upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych. Należy zastanowić się w takim przypadku, czy i w jakimkolwiek okresie, w trakcie postępowania wykonawczego, takie zaburzenia były rozpoznawane. Jeśli wcześniej zostało tak uznane przez specjalistów, to muszą być na to jasne dowody w dokumentacji badanego, potwierdzone na tamten czas przez psychiatrę, psychologa lub seksuologa. Należy jednak zastanowić się, czy skoro nie jesteśmy w stanie

[5] S. Pużyński (red.), Leksykon psychiatrii, Warszawa, PZWL, 1993.

postawić powyższych rozpoznań u osoby osadzonej, to czy w ogóle powinno nas interesować, że wcześniej występowały i czy to, że występowały ma wpływ na ryzyko popełnienia czynów z użyciem przemocy? Istotnym elementem jest to, że ustawodawca nie przewidział, by w system zostały włączone osoby chore psychicznie, które mimo choroby zostały uznane za poczytalne i odbywały karę w systemie terapeutycznym. Oznacza to w istocie, że w przypadku rozpoznania choroby psychicznej, nie możemy zastosować przesłanek z ustawy. Jednak, jak obserwujemy, zdarza się, że osoby chore psychicznie są kierowane do KOZZD. Zależy to od interpretacji sądu, który może uznać, prawdopodobnie na podstawie opinii biegłych, że współistniejąca z chorobą psychiczną zaburzona osobowość, upośledzenie umysłowe, czy też zaburzenia preferencji seksualnej (takie złożone rozpoznanie jest możliwe), jest przesłanką do umieszczenia w Ośrodku.

Ustawa określa te zaburzenia psychiczne jako upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości i zaburzenia preferencji seksualnych.

Według klasyfikacji chorób psychicznych ICD10, upośledzenie umysłowe lekkie to w przybliżeniu IQ wg skali Wechsler[6] 70 lub mniej, upośledzenie umiarkowane to IQ od 35–49, znaczne to IQ od 20 do 34, a głębokie to IQ poniżej 20. W ostatnim czasie jednak coraz częściej psycholodzy skłaniają się, również i w tym zakresie, do stosowania oceny opisowej, skupiając się, bardziej niż na samym poziomie inteligencji, na konkretnych deficytach jakie występują u badanego. Stopień upośledzenia niewątpliwie wpływa na sam fakt zrozumienia przez opiniowanego znaczenia czynu oraz możliwość pokierowania swoim postępowaniem. Dlatego w przypadku osób upośledzonych umysłowo należy zastanowić się, na ile ich funkcjonowanie i możliwości intelektualne wpływają na poczytalność jako taką i w związku z tym możliwość przebywania w warunkach penitencjarnych. Zakładając jednak, że osoba upośledzona została osadzona w zakładzie karnym, to skoro granica pomiędzy poszczególnymi stopniami upośledzenia, choć teoretycznie możliwa do wyznaczenia, jest płynna, to nie można jednoznacznie i z całą pewnością określić, czy nasilenie tych zaburzeń jest takie, że może spełniać przesłanki ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

W kolejności należy odnieść się również do rozpoznania zaburzeń osobowości. Zaburzenia osobowości polegają na obecności niekorzystnych i utrwalonych cech charakterologicznych, wzorców zachowania, funkcjonowania i relacji z innymi. Cechy te są źródłem cierpienia i trudności w funkcjonowaniu społecznym, rodzinnym i zawodowym. Klasyfikacje chorób psychicznych ICD10 i DSM V wyróżniają różne typy tych zaburzeń. Według ICD10 rozróżniamy osobowość paranoiczną, dyssocjalną, histrioniczną, chwiejną emocjonalnie (w tym jako podtyp borderline), anankastyczną, lękową, schizoidalną oraz zależną (F60-F62). DSM V rozróżnia natomiast osobowości: paranoiczne, schizotypowe, schizoidalne, antyspołeczne, z pogranicza, narcystyczne, histrioniczne, unikające, zależne, obsesyjno-kompulsyjne. W samej ustawie brak jest szczegółowych

[6] J. Brzeziński, M. Gaul, E. Hornowska, A. Jaworowska, A. Machowski & M. Zakrzewska WAIS-R (PL), Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych – wersja zrewidowana. Renormalizacja 2004, Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, s. 220.

informacji o jakich zaburzeniach jest mowa. W uzasadnieniu projektu ustawy znajduje się ogólny zapis, że *„(...) zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, nie stanowią choroby psychicznej, ale są sklasyfikowane w podgrupach F60-F62 (zaburzenia osobowości)"*[7], bez podania konkretnie o jakie zaburzenia osobowości chodzi. Pewną wskazówką mógłby być zapis w uzasadnieniu rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2393), gdzie wprowadzono środki zabezpieczające wobec sprawców z zaburzeniami osobowości: *„Niektóre zaburzenia osobowości, wiążące się z brakiem empatii i wyrzutów sumienia czy też skłonnością do niekontrolowanych wybuchów agresji, stanowią czynnik kryminogenny i od lat są wiązane ze skłonnościami do zachowań przestępczych, powodują bowiem reakcje drastycznie odbiegające od norm przyjętych w danej kulturze, zwłaszcza w zakresie relacji międzyludzkich. Należy tu wskazać zwłaszcza zaburzenia osobowości typu antysocjalnego, sadystycznego czy borderline."* Jest to nazewnictwo zaczerpnięte z klasyfikacji DSM. Opis ten nie ukierunkowuje jednak diagnozy i nie rozwiewa powstałych wątpliwości. Pomijając niezrozumiały fakt, że ustawodawca zdecydował się posłużyć nomenklaturą zaczerpniętą z amerykańskiej klasyfikacji DSM, a nie obowiązującego w Polsce ICD-10, to niejasnym jest na podstawie jakich badań uznał jednoznaczną zależność między wskazanymi zachowaniami a konkretnymi typami zaburzeń osobowości. Tym bardziej, że większość badań, oceniających korelację między zachowaniami agresywnymi a osobowością, skupia się raczej na poszczególnych cechach osobowości, a nie jej typach z DSM czy ICD[8].

Należy zatem zastanowić się, czy każde zaburzenie osobowości predysponuje do dokonania czynów o charakterze przemocy, a jeśli nawet, to w jakich okolicznościach. Zdarzają się sytuacje, w których kobieta zabija mężczyznę, który przez wiele lat stosował wobec niej przemoc. W tych przypadkach zazwyczaj mówimy o osobowości zależnej lub bierno-zależnej. Należy więc zadać sobie pytanie, czy osobowość taka predysponuje do dokonania czynów o charakterze przemocy, czy czyn w tym przypadku ma znaczenie, czy bardziej kontekst i czy w związku z tym, zaburzona osobowość ma tu w ogóle jakikolwiek wpływ na prawdopodobieństwo.

Jeśli chodzi o zaburzenia preferencji seksualnych, ich rozpoznawanie i ewentualne trudności, autorka niniejszego rozdziału nie czuje się kompetentna by zawrzeć je w tym tekście.

Kolejnym problemem jest fakt, że w sytuacji ustawy mamy określić prawdopodobieństwo popełnienia czynów z użyciem przemocy na podstawie nasilenia zaburzeń psychicznych, które to samo zaburzenie, a nawet nie nasilenie mieści się w zaledwie dwóch czynnikach ryzyka przemocy: H6 Głębokie zaburzenia psychiczne i H7 Zaburzenia osobowości. Przy czym, do głębokiego zaburzenia psychicznego autorzy zaliczają przede wszystkim choroby psychiczne przebiegające z psychozą oraz głębokie zaburzenia nastroju.

---

7 http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/8FAC382EE3488066C1257BAC004796F3/%24File/1577.pdf

8 B. A. Bettencourt, , A. Talley, A.J. Benjamin, & J. Valentine, Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 132(5), 2006, s. 751–777.

Ocena prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań o charakterze przemocy u osób „stwarzających zagrożenie" i u pacjentów, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający jest wykonywana praktycznie w ten sam sposób, jednak ustawodawca opisał ją inaczej.

By móc zastosować środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym muszą zostać spełnione dwa warunki. Sprawca musi zostać uznany za osobę, która w trakcie dokonywania czynu miała z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zakłóceń czynności psychicznych, zniesioną zdolność zrozumienia znaczenia czynu i/lub pokierowania swoim postępowaniem. Po drugie musi istnieć wysokie prawdopodobieństwo, że sprawca ponownie dokona czynów o znacznej społecznej szkodliwości z powodu swojej choroby. Wysokość społecznej szkodliwości jest określana w tej sytuacji przez sąd. W przypadku zastosowania środków zabezpieczających, sąd dodatkowo nakłada obowiązek wobec zakładu psychiatrycznego, na podstawie art. 202 k.k.w., by *„Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, objąć odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia dla porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym – również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem."* Następnie sąd decyduje o zwolnieniu osoby chorej psychicznie na podstawie wyników leczenia, które to obejmuje wszystkie powyższe działania. Według mnie, jest to znacznie szersze podejście do prawdopodobieństwa popełnienia czynów o charakterze przemocy, niż w przypadku ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

Opiniując osoby, które odbywały karę w systemie terapeutycznym, a wobec których dyrektorzy zakładów karnych złożyli wnioski do sądu o uznanie ich za potencjalnie stwarzające zagrożenie, biegli mają wypowiedzieć się na temat prawdopodobieństwa popełnienia przez nie czynów z użyciem przemocy, ale wynikającym z charakteru lub nasilenia zaburzeń psychicznych.

Niestety, nie posiadamy wiedzy, jak rzetelnie stopniować nasilenie zaburzeń psychicznych, nie ma też metod, które to oceniają. Obecnie stosowane metody i testy psychologiczne pozwalają określić iloraz inteligencji w skali punktowej, co opisano powyżej. Trudniejsze do oceny jest nasilenie pozostałych zaburzeń wymienionych w ustawie. Można metodami psychologicznymi określić cechy osobowości, deficyty, zasoby, trudności, określone modele funkcjonowania, jednak nie można z całą stanowczością stwierdzić, w jakim stopniu są one nasilone u danej osoby. Oznacza to, że można, w pewnym zakresie, określić nasilenie pewnych cech, a nie samego zaburzenia. Na stan psychiczny, funkcjonowanie i sposoby radzenia sobie ze stresem wpływa wiele czynników zewnętrznych, które są często tak nieprzewidywalne i trudne do uchwycenia, że trudno jest ze stuprocentową pewnością przewidzieć zachowania osoby badanej w przyszłości.

Rodzi to obawę, że ocena prawdopodobieństwa oparta wyłącznie na nasileniu zaburzenia psychicznego może rodzić nadużycia i powodować brak zastanowienia się nad szerszym kontekstem

przemocy. Zwłaszcza, że sama ocena prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy jest procesem wielostopniowym.

3. Ocena prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej

Od wielu lat podnoszona jest potrzeba wprowadzenia do codziennej praktyki narzędzi, które w sposób rzetelny pozwolą na ocenę powyższego prawdopodobieństwa[9].

Obecnie dostępne są dla biegłych trzy metody oceny ryzyka przemocy. Najpowszechniej, jak dotychczas, stosowaną metodą oceny jest tzw. metoda kliniczna. Jest ona oparta na wiedzy, doświadczeniu i intuicji biegłego. Oznacza to w praktyce, że biegli posiadają informacje na temat opiniowanego, jak np. rozpoznanie, obecność uzależnienia, dokonane czyny, wsparcie społeczne itp. Na tej podstawie orzekają, jakie jest prawdopodobieństwo popełnienia czynów z użyciem przemocy. Ocena taka nie posiada struktury i może powodować, że umkną nam niektóre przesłanki. Metoda ta może też powodować, że poza obiektywną oceną sytuacji opiniowanego, mogą pojawić się względy emocjonalne, jak własne przekonania i doświadczenia, czy odczuwanie sympatii lub antypatii do badanego. Dodatkowo, na osąd biegłych mogą wpływać takie dodatkowe czynniki, jak charakter czynu czy medialność sprawy[10].

Powyższe dylematy pojawiają się od dawna, a Monahan już w latach 70 porównywał ocenę kliniczną do rzutu monetą[11]. Dlatego też, już od lat 80, na całym świecie, podejmowane są próby zobiektywizowania oceny ryzyka przemocy, tak by wyłączyć z opinii wewnętrzne cechy biegłego.

Dzięki tym badaniom powstały dwie metody oceny. Jedna z nich to metoda aktuarialna, co w praktyce oznacza metodę opartą na statystyce. Ich wadą jest to, że uwzględniają wyłącznie statyczne czynniki ryzyka, czyli na ich podstawie nie możemy oceniać postępów w leczeniu. Oparte są o system ilościowy, więc podają wynik w formie liczbowej, od-do, jest ryzyko lub go nie ma[12].

Głównym zarzutem do metod statystycznych był brak uwzględnienia zmian, pojawiających się w procesie terapii.

Mimo pojawienia się tych powyższych, bardziej obiektywnych metod, klinicyści podnosili kwestię, że jednak podjęcie ostatecznej decyzji, oszacowanie ryzyka i przedstawienie możliwej drogi do przemocy, powinno być dokonywane na podstawie określonych i wybranych w trakcie badań wytycznych, które bezpośrednio korelują ze wzrostem prawdopodobieństwa i jednak pozostawione są do ostatecznej decyzji klinicyście. W odpowiedzi na tą potrzebę, badacze

---

[9] J. K. Gierowski, Czynniki ryzyka przemocy i psychopatyczne zaburzenia osobowości u sprawców przestępstw seksualnych, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2009, nr 64–65, s. 21–48.

[10] B. Leśniak, M. Leśniak, Subiektywność w opiniach biegłych sądowych–prawne, etyczne i psychologiczne aspekty, 2018.

[11] J. Monahan, Clinical Prediction of Violent Behavior (The Master Work Series). Jason Aronson, Incorporated, 1977.

[12] S. D. Hart, Stephen, M. Christine, J. C. David, Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error'of group v. individual predictions of violence, The British Journal of Psychiatry 190.S49 (2007), s. 60–65.

z Uniwersytetu Simona Frasera w Kanadzie, współpracując z praktykami i w odpowiedzi na ich sugestie, stworzyli metodę nazywaną Ustrukturyzowaną Profesjonalną Oceną Ryzyka (*Structured Professional Judgement* – SPJ)[13]. Polega ona na tym, że opiniujący otrzymują narzędzia zawierające listę czynników, które stanowią wytyczne i wskazówki do dalszej oceny. Na podstawie, między innymi, obecności tych czynników klinicysta szacuje ryzyko popełnienia czynów z użyciem przemocy. Wynik oceny nie jest podawany w formie ilościowej. Nie ma „widełek", w których mieści się wysokie lub niskie prawdopodobieństwo. Biegły ocenia, jakie czynniki są istotne dla wzrostu lub spadku prawdopodobieństwa i przekazuje sądowi wynik w postaci obszernego opisu. Nazywa się to formułowaniem przypadku lub prognozą kryminologiczną. Jest to cała zebrana wiedza o opiniowanym i na tej podstawie opisana jest najbardziej prawdopodobna droga do przemocy u danej osoby, w tym jakie czynniki muszą zaistnieć, by przemoc wystąpiła, a jakie chronią przed dokonaniem czynu. Określane są też motywy sprawcy, podawane są koncepcje i modele przemocy, jakie u opiniowanego występują i przede wszystkim, co jest uważane za istotę tej metody, wskazywane są obszary, jakie muszą zostać zapewnione, by zapobiec dokonaniu aktów przemocy przez tę osobę. I tu ponownie należy zaznaczyć, że nie można w trakcie dokonywania oceny nie uwzględnić czynu, jaki dokonał sprawca, gdyż jest to jedna z przesłanek, które muszą zostać uwzględnione, by rzetelnie ocenić faktyczne prawdopodobieństwo.

Sama ocena prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy jest tylko częścią holistycznego i zindywidualizowanego podejścia do osoby ocenianej, również w kontekście najlepszych strategii umożliwiających nadzór poza zakładem zamkniętym.

Metod opartych o SPJ jest na świecie coraz więcej.

Najbardziej powszechnym narzędziem do oceny ryzyka przemocy jest HCR20, obecnie jego 3 wersja[14]. Ocenia ono ogólne ryzyko popełnienia przemocy. SARA[15], wydana jako pierwsze narzędzie, służy do oceny przemocy partnerskiej, SVR20[16] jest przeznaczone do oceny przemocy seksualnej, SAVRY[17] dla przemocy dokonywanej przez adolescentów i SAPROF[18] do oceny czynników chroniących przed przemocą. Narzędzi tych jest znacznie więcej, ale te są używanie najczęściej.

HCR20 v3 zawiera listę 20 czynników, które podzielone są na 3 skale – historyczną, kliniczną i dotyczącą zarządzania ryzykiem. Są to skale, które odpowiednio zawierają czynniki, które

---

13 S. D. Hart, K. S. Douglas, L.S. Guy, The Structured Professional Judgement Approach to violence risk assessment: Origins, nature, and advances, The Wiley handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offending (2016), s. 643–666.

14 K. Douglas, et al., HCR-20V3: Assessing risk for violence: User guide. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, 2013.

15 P. Kropp, P. Randall, et al. Spousal assault risk assessment guide: User's manual. Multi-Health Systems, 2014.

16 D. P. Boer, , et al. The sexual violence risk-20 guide (SVR-20). Simon Fraser University, 1997.

17 R. Borum, et al. Structured assessment of violence risk in youth (SAVRY). Handbook of violence risk assessment. Routledge, 2011, s. 73–90.

18 V. de Vogel, C. de Ruiter, Y. Bouman, & M. de Vries Robbé, SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk, Utrecht The Nederlands Forum Educatif, 2012.

występowały w przeszłości, takie które oceniają obecne problemy, oraz takie które są elementem prognozy na przyszłość. Czynniki te, to między innymi: przemoc w przeszłości, problemy w relacjach, z zatrudnieniem, uzależnienia, choroba psychiczna czy traumatyczne doświadczenia (skala historyczna), wgląd, niestabilność, odpowiedź na nadzór i leczenie (skala kliniczna), sytuacja życiowa, stres i radzenie sobie (skala zarządzania ryzykiem). Czynników tych jest w sumie 20, oceniamy zarówno ich obecność, jak i istotność dla zwiększenia ryzyka u opiniowanego, gdyż nie każdy czynnik, mimo że występuje, ma wpływ na wzrost ryzyka. Np. u opiniowanego w przeszłości występowały problemy z relacjami, ale obecnie buduje stabilne, wspierające i prospołeczne relacje. W takim przypadku czynnik będzie obecny, ale nie będzie miał aktualnie wysokiej istotności dla zwiększenia ryzyka popełnienia przemocy.

Kolejnym istotnym narzędziem dla oceny ryzyka, również w przypadku ustawy, jest SVR20, gdyż ocenia on ryzyko przemocy seksualnej. Również zawiera 20 czynników, które mogą zwiększać ryzyko ponowienia tego typu czynów. Skupia się ono między innymi na rodzaju przemocy seksualnej, jej drastyczności, zaprzeczaniu zaburzeniom preferencji i eskalacji zachowań o charakterze przemocy seksualnej.

Powyższe metody opierają się wyłącznie na czynnikach zwiększających ryzyko. Wśród klinicystów i badaczy pojawiły się jednak głosy, że należy zwrócić uwagę również na zasoby badanego, na to co może mieć wpływ ochronny, zmniejszający ryzyko[19]. W odpowiedzi na tą potrzebę, badacze z Van der Hoeven Kliniek w Holandii opracowali narzędzie SAPROF.

SAPROF zawiera 17 czynników, które wpływają chroniąco na opiniowanego, czyli zmniejszają ryzyko przemocy. Są to między innymi takie czynniki, jak praca, związek intymny, gospodarowanie pieniędzmi, samokontrola, motywacja do leczenia czy empatia. Pozwoliło to na bardziej holistyczne podejście do opiniowanego, na spojrzenie nie tylko na to, co może zwiększać ryzyko, ale i na to, co może to ryzyko zmniejszać[20].

Czynniki zawarte w narzędziach są sprecyzowane jasno, przejrzyście i są zrozumiałe, zarówno dla klinicystów, jak i wymiaru sprawiedliwości, co potwierdzają również sędziowie, którzy otrzymują opinie z wykonaną oceną ryzyka. Przekazują nam informacje zwrotne, że są one dla nich zrozumiałe, łatwiej jest formułować pytania do biegłych w trakcie rozprawy, co powoduje lepsze porozumienie między wymiarem sprawiedliwości i biegłymi. Poprawia się znacznie w związku z tym komunikacja, która pozwala na wspólne wypracowanie jak najlepszych rozwiązań dla opiniowanego[21].

---

[19] C. de Ruiter, T. L. Nicholls, Protective factors in forensic mental health: A new frontier, International Journal of Forensic Mental Health, 10(3), 2011, 160–170.

[20] M. de Vries Robbé, Michiel, V. de Vogel, E. de Spa, Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF, International journal of forensic mental health 10.3, 2011, s. 178–186.

[21] H. Belfrage, K. Douglas, Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme, International Journal of Forensic Mental Health, 2002, 1(1), s. 25–36.

Od 2015 roku HCR20 v3 i SAPROF są dostępne w Polsce. Po wieloletnim stosowaniu powyższych metod możemy uznać, że udało się bardziej obiektywnie oceniać pacjentów, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający, bardziej aktywnie poszukujemy informacji na ich temat, widzimy szerszy kontekst ich zachowań i lepiej planujemy dalsze postępowanie wobec nich.

W przypadku zastosowania metody SPJ sąd otrzymuje obszerne opracowanie, dotyczące możliwości zastosowania przemocy przez opiniowanego wraz z propozycją strategii, jakie należy zastosować, by zminimalizować to ryzyko. Skupiamy się zatem na funkcjonowaniu społecznym, ewentualnych czynnikach czy sytuacjach, które mogą to ryzyko zwiększać lub zmniejszać, a nie na samym jego poziomie, gdyż to w całym opracowaniu ryzyka jest podawane wyłącznie orientacyjnie i określane jako niskie, umiarkowane lub wysokie.

W tym miejscu należy, podsumowując, powrócić do opisanego powyżej komentarza profesora Gierowskiego i zwrócić uwagę, że nawet jeśli biegli oceniają ryzyko rzetelnie, według najnowszej wiedzy, stosując opisane powyżej narzędzia, to nadal nie ma takiej możliwości, by odróżnić ryzyko „wysokie" od „bardzo wysokiego", co ma należeć do kompetencji biegłego w przypadku omawianej ustawy.

4. Obserwacja w zakładzie psychiatrycznym

Artykuł 13 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. określa, że na wniosek biegłych uczestnika postępowania można poddać obserwacji w zakładzie psychiatrycznym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia wskazuje KOZZD, jako zakład właściwy do wykonywania obserwacji. Wydaje się to nie być najszczęśliwszym rozwiązaniem, gdyż w takim przypadku, osoby prowadzące obserwację, czyli personel KOZZD, który ewentualnie, w razie uznania osoby za stwarzającą zagrożenie i umieszczenia w Ośrodku, będzie prowadził z uczestnikiem poddanym obserwacji terapię, a co za tym idzie będzie musiał nawiązać z nim relację terapeutyczną. Nawiązanie jej jest niezbędne do prowadzenia prawidłowego procesu terapeutycznego, co może być utrudnione w sytuacji, kiedy terapeutą lub lekarzem prowadzącym jest osoba, która w swojej opinii wnioskowała o umieszczenie w KOZZD. Relacja terapeutyczna i jej znaczenie w terapii zostanie opisana poniżej.

III. Biegły w postępowaniu cywilnym w trakcie pobytu uczestnika w KOZZD

1. Pobyt uczestnika w KOZZD

W podrozdziale tym autorka chciałaby poruszyć kwestię samego leczenia, które jest założeniem ustawy według jej 25 artykułu.

Niezależnie od sposobu prowadzenia terapii, przeszkolenia psychoterapeutów, wyboru szkoły psychoterapeutycznej, czy też stworzonego planu psychoterapeutycznego, gdyż to zostało

szeroko poruszone w raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur[22], należy poruszyć bardzo istotną kwestię. Podejmowane działania mają na celu, według ustawodawcy, poprawę stanu zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie osoby w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Ustawodawca nie podaje, w jaki sposób do tej poprawy miałoby dojść, w przeciwieństwie do środków zabezpieczających, gdzie wymienione są środki, jakie są niezbędne do uzyskania postępów w leczeniu. Założyć można, że jeśli chodzi o osoby, u których rozpoznano zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych, metodą z wyboru jest psychoterapia.

Psychoterapia polega na ingerencji człowieka w sferę jego najbardziej intymnych przeżyć, w związku z tym wymaga jego świadomej zgody[23]. Jak to się ma do tego, że pobyt w Ośrodku nie jest przecież dobrowolny? Według środowiska psychiatryczno-psychologiczno-seksuologicznego należy poddać w wątpliwość skuteczność takiego leczenia. Według P.B. Schneidera, psychoterapia to „metoda leczenia zaburzeń psychicznych i somatycznych spowodowanych nierozwiązanymi konfliktami intrapsychicznymi, uświadamianymi lub nieuświadamianymi, wymagająca od pacjenta współpracy i zaangażowania, chęci i umiejętności nawiązania szczególnej relacji interpersonalnej, nazywanej relacją psychoterapeutyczną, umożliwiającej zaistnienie procesu psychoterapeutycznego, w którym język jest zasadniczym sposobem komunikacji”[24]. Aleksandrowicz i Czabała zwracają uwagę, że najczęściej motywacją do podjęcia leczenia jest chęć pozbycia się dolegliwości. Zdarza się jednak, że pacjenci zgłaszają się do psychoterapeuty nakłonieni przez partnera lub pod naciskiem otoczenia. W takim przypadku, konieczne jest przekształcenie nieracjonalnych celów i oczekiwań we własną motywację pacjenta do pozbycia się dysfunkcji. Określa się to na etapie tworzenia kontraktu terapeutycznego[25]. Wydaje się, że z taką sytuacją mamy właśnie do czynienia w przypadku ustawy. To nie sam uczestnik postępowania decyduje się na podjęcie psychoterapii, ale jest na niego nakładany taki obowiązek. Dodatkowo, w sytuacji umieszczenia w KOZZD, wiąże się on z ograniczeniem jego swobód i izolacją. Trudno w takim przypadku oczekiwać, że od początku motywacja do zmiany będzie motywacją własną. Z dużym prawdopodobieństwem początkowo będzie ona warunkowana celem, jakim jest opuszczenie Ośrodka, a nie samą faktyczną potrzebą wewnętrznej zmiany. Dlatego, ważne jest dookreślenie zarówno celów i oczekiwań wobec psychoterapii, w trakcie zawierania kontraktu terapeutycznego, by motywacją było pozbycie się dysfunkcji, a nie sam fakt zakończenia izolacji.

---

22 https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files//Wyci%C4%85g%20-%20KOZZD%20Gostynin%202019.pdf

23 J. Aleksandrowicz, Psychoterapia: etyka-wartości-deontologia, Psychoterapia 2 (137), 2006.

24 P.B. Schneider, F. Wulliemier, The Psychotherapy of the Psychosomatic Patient, Psychotherapy and psychosomatics 32.1–4, 1979, s. 112–117.

25 J. Aleksandrowicz, J. C. Czabała, *Podstawy psychoterapii*, [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), ***Psychiatria. Metody leczenia.*** *Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*, Wrocław, Elsevier Urban&Partner, 2012, s. 256–268.

Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że skuteczność psychoterapii u osób z zaburzeniami osobowości o typie dyssocjalnym jest wątpliwa. Profesor B. Pastwa-Wojciechowska wyraża w swojej publikacji pogląd, że instytucje penitencjarne nie stanowią odpowiedniego miejsca do prowadzenia psychoterapii[26].

Badania nad osobami, które uczestniczyły w Stanach Zjednoczonych w tak zwanych systemach terapeutycznych, wykazywały ich skuteczność u większości osadzonych, poza tymi, którzy wykazywali cechy psychopatii. Znacznie częściej wypadali oni z programu i nie obserwowano u nich poprawy klinicznej[27].

Nowakowski opisując ograniczenia i możliwości psychoterapii u osób z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości mówi o tym, że mimo podejmowania prób tworzenia programów psychoterapeutycznych i resocjalizacyjnych, w przypadku tej grupy osób, nie można pozbyć się pesymizmu i sceptycyzmu terapeutycznego[28]. Według niego, nie traci na aktualności stwierdzenie Hare, dotyczące psychoterapii u osób z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości, że „nie znaleziono skutecznej terapii"[29]. W ostatnich latach, w toku badań stwierdzono, że pewną skuteczność odnosi terapia oparta na założeniach terapii behawioralno-poznawczej i poznawczej[30], oraz terapii schematu[31].Wymaga to jednak dalszych badań.

Drugim istotnym aspektem jest to, że ustawodawca przewidział możliwość umieszczenia w Ośrodku osób upośledzonych umysłowo. Oczywiście odróżniamy stopnie upośledzenia umysłowego i w każdym przypadku należy rozpatrywać to indywidualnie, ale niezależnie od tego, należy poddać w wątpliwość również w tym przypadku skuteczność psychoterapii, gdyż między innymi Kratochvil pisał o tym, że dysfunkcje intelektualne są czynnikiem utrudniającym, jeśli nie wyłączającym z psychoterapii[32]. Sama definicja terapii mówiąca o procesach uświadamianych i nieuświadamianych i zmianie wskazuje, że jest to sposób leczenia wymagający sprawnych funkcji poznawczych. W przypadku osób upośledzonych umysłowo sprawdzają się inne formy terapii, jak terapie oparte na treningach. Nie są one jednak nadal tak skuteczne, w przypadku osób upośledzonych umysłowo, jak w przypadku osób intelektualnie sprawnych.

---

[26] B. Pastwa-Wojciechowska, *Naruszanie norm prawnych w psychopatii. Analiza kryminologiczno-psychologiczna*, wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2004.

[27] J. R. Ogloff., S. Wong, A. Greenwood, *Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program*, Behavioral Sciences and the Law, 1990, nr 8, s. 81–90.

[28] K. Nowakowski, Możliwości i ograniczenia w psychoterapii osób z pschopatycznymi zaburzeniami osobowości, Psychoterapia 4 (179), 2016, s. 5–12.

[29] R. D. Hare, Psychopaci są wśród nas, Kraków, Znak, 2008, s. 245.

[30] G. T. Harris, M. A. Rice., Treatment of psychopathy. A review of empirical findings, [w:] Patrick CJ, (red.) Handbook of psychopathy, New York The Guilford Press, 2006, s. 555–572.

[31] F. Chakhssi, T. Kersten, C. de Ruiter, DP. Bernstein, Treating the untreatable: a single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy, Psychotherapy, 2014, 51(3), s. 447–461.

[32] S. Kratochvil, Podstawy psychoterapii, przeł. M. Czabak, E. Matuska, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003.

W związku z powyższym, należy zadać pytanie, na ile personel Ośrodka jest w stanie wypełnić obowiązki nałożone na niego przez ustawodawcę, w sytuacji kiedy mają oni pracować z pacjentem, który posiada wyłącznie motywacje zewnętrzną i u którego skuteczność terapii jest wątpliwa.

2. Biegli wydający opinię w trakcie pobytu uczestnika w KOZZD

Art. 46. ustawy mówi, że *„Nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy sąd, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego, ustala, czy jest niezbędny dalszy pobyt w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, a Kierownik Ośrodka co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię lekarza psychiatry o stanie zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku i o wynikach postępowania terapeutycznego; opinię taką jest obowiązany przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia tej osoby uzna, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny. Za sporządzenie opinii nie przysługuje wynagrodzenie. Z ustalenia, o którym mowa w ust. 1, sporządza się notatkę do akt sprawy."*

Przede wszystkim można zauważyć analogię do opinii o stanie zdrowia wydawanych w przypadku środków zabezpieczających. Zarówno w jednej, jak i w drugiej sytuacji, pojawia się dylemat, kto opinie takie powinien wydawać.

Oczywiście przede wszystkim, należy zastanowić się, czy takie opinie powinien wydawać psycholog, terapeuta, psychiatra będący w relacji terapeutycznej z osadzonym lub pacjentem. Z jednej strony faktycznie opinia taka może cechować się mniejszym obiektywizmem oraz utrudniać relację terapeutyczną, powodując dystans pomiędzy zespołem terapeutycznym a osobą będącą w terapii. Z drugiej strony, należy zastanowić się kto lepiej zna osadzonego lub pacjenta – biegły, który bada go raz i ma ewentualnie wgląd do akt, czasem niepełnych i do dokumentacji medycznej z KOZZD, czy ktoś, kto z tą osobą pracuje na co dzień, zna jej reakcje emocjonalne, zasoby i ograniczenia? W literaturze i dyskusjach akademickich pojawiają się sprzeczne na ten temat opinie. Jedni uważają, że powinien to być niezależny zespół biegłych. Inni, że właśnie to osoby leczące powinny takie opinie sporządzać.

Wydaje się jednak, że za przykładem innych krajów opiniowanie na potrzeby postępowania powinno być przeprowadzane przez inny zespół biegłych, niż te osoby, które bezpośrednio zajmują się leczeniem. Wskazuje na to również Protokół Stambulski[33], który odnosi się do kwestii dualizmu zobowiązań przez pryzmat etyki zawodowej. Poświęcony jest temu zagadnieniu drugi rozdział Protokołu Stambulskiego. Artykuł 70 mówi o tym, że *„Obowiązki etyczne lekarza mogą różnić się w zależności od kontekstu relacji lekarz-pacjent i możliwości zapewnienia pacjentowi swobody decydowania o ewentualnym ujawnieniu informacji. Na przykład, gdy lekarz i pacjent znajdują się w sytuacji jednoznacznie ukierunkowanej na cel terapeutyczny, na przykład w momencie opieki nad*

[33] https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protok%C3%B3%C5%82-stambulski-podr%C4%99cznik skutecznego-badania-i-dokumentowania-tortur-oraz-innego-okrutnego

pacjentem przebywającym w szpitalu, lekarz ma silny imperatyw moralny zachowania zasad poufności, który normalnie obowiązuje w relacjach z pacjentem." Sam ten artykuł już wskazuje, że etyka lekarska, czy też etyka zawodów medycznych nie pozwala na to, by ujawniać poufne informacje dotyczące pacjenta, kiedy są oni w relacji terapeutycznej z pacjentem. Stoi to w sprzeczności z faktem wydawania opinii o stanie zdrowia przez osoby leczące danego pacjenta. Protokół stambulski wyraźnie rozgranicza relacje lekarz – pacjent i lekarz sądowy – pacjent, zakładając, że role te powinny być odrębne. W Polsce jednak tak nie jest, zarówno w przypadku środków zabezpieczających, jak i w przypadku środków postpenalnych. Co prawda, w przypadku środków zabezpieczających zobowiązany do wydania opinii jest kierownik zakładu, jednak faktycznie opinie te sporządzane są przez zespół terapeutyczny zajmujący się pacjentem.

Jest to niezmiernie trudne zarówno dla personelu terapeutycznego, który pracując z pacjentem nawiązuje z nim relacje terapeutyczne, niezależnie czy lekarz, psycholog, seksuolog, terapeuta uzależnień, itp., jak i samego pacjenta. Relacja terapeutyczna jest konstruktem kruchym, wymaga od obydwu stron zaangażowania, pracy oraz przede wszystkim stabilizacji. Istotą relacji terapeutycznej jest poczucie bezpieczeństwa i wzbudzanie nadziei, są to dwa elementy, od których rozpoczyna się praca z pacjentem, zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej[34]. Wydaje się niemożliwym uzyskanie powyższych elementów w terapii, jeśli osoba, z którą pacjent pozostaje w relacji terapeutycznej, musi wydać opinię o stanie zdrowia. Nie dość, że ujawnia on w ten sposób, przynajmniej w jakimś zakresie, poufne informacje, które zdobył w trakcie leczenia, ale musi też wnioskować o ewentualne pozostanie lub opuszczenie zakładu psychiatrycznego lub KOZZD. Dla większości pacjentów w szpitalach i prawdopodobnie wszystkich w Ośrodku w Gostyninie, głównym celem jest zakończenie izolacji. Jeśli zespół terapeutyczny wyda opinię, która jest sprzeczna z oczekiwaniami pacjenta, można przewidzieć, że wpłynie to negatywnie na relację terapeutyczną. W związku z powyższym wydaje się, że wzorem innych krajów, ocenę prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy, a co za tym idzie, przekazywanie wniosków o dalszym stosowaniu środków postpenalnych lub zabezpieczających, powinno pozostawić się niezależnemu zespołowi biegłych.

3. Drugi zespół biegłych

Według Arrigo, zadaniem biegłych jest informowanie wymiaru sprawiedliwości o obiektywnych faktach naukowych, możliwościach ich różnej interpretacji oraz wnioskowanie na tej podstawie o przebiegu wydarzeń i okolicznościach[35]. Solodov natomiast w swoim obszernym opracowaniu dotyczącym etyki biegłego zawraca uwagę, że ciąży na nim ogromna odpowiedzialność zawodowa oraz moralno-etyczna. Według niego, niezbędne jest sumienne wykonywanie

---

34 I. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, 2006.

35 B. A. Arrigo (red.), Encyclopedia of Criminal Justice Ethics, London 2014, s. 363.

obowiązków zawodowych, obiektywizm, rozwój zawodowy, poszerzanie wiedzy. Do uniwersalnych cech należy bezwzględnie zaliczyć bezstronność i wysokie kwalifikacje, a od biegłego oczekuje się moralności i sumienności.

Według Solodova, kluczowe do zrozumienia zasad etyki zawodowej biegłego jest uświadomienie sobie potencjalnej konfliktowości pracy biegłego. Konflikty zawodowe w działalności ekspertów powstają niezależnie od charakteru oraz rodzaju sprawy. Wcześniej czy później każdy biegły ma do czynienia z konfliktem wewnętrznym, w tym z tzw. konfliktem interesów[36].

Choć biegły winien być bezstronny i nie powinien w swoich opiniach brać pod uwagę własnych poglądów, uprzedzeń czy emocji, jakie budzi w nim opiniowany, to można stwierdzić, z dużą dozą prawdopodobieństwa, że trudno całkowicie się przed tym ustrzec, zwłaszcza w przypadku opiniowania na rzecz ustawy o KOZZD. Wielokrotnie spotykamy się w swojej pracy ze stwierdzeniami kolegów, że nie mogliby pracować ze sprawcami przestępstw seksualnych wobec dzieci. Jeśli mieliby problem z nawiązaniem relacji terapeutycznej z osobą z zaburzeniami preferencji seksualnych to prawdopodobnie, również i w toku opiniowania, mogłyby ich przekonania wpływać na wnioski. W przypadku ustawy o KOZZD dochodzi jej niechlubna sława oraz między innymi to, że w samej nazwie zawiera się stwierdzenie o osobach stwarzających zagrożenie, czyli z założenia niebezpiecznych, mogących dokonać „okropnych" czynów. Nie wspominając już innych nazw, jakie były używane w odniesieniu do tej ustawy, które z gruntu stygmatyzowały osoby, wobec których była stosowana. Oprócz tego, pojawiają się informacje o karach nałożonych na dyrektorów zakładów karnych za to, że nie zastosowali ustawy, a osadzony po opuszczeniu zakładu karnego dopuścił się przestępstwa.

Będąc uczestnikiem wielu konferencji poświęconych ustawie, rozmów z przedstawicielami każdej ze stron postępowania, również z pracownikami KOZZD, nie można nie odnieść wrażenia, że całemu postępowaniu towarzyszy lęk i ogromny ciężar odpowiedzialności. Podobne wątpliwości pojawiają się w postępowaniu przed sądem, który w dodatku do tej pory, jako zajmujący się sprawami cywilnymi, nie miał do czynienia ze sprawcami przestępstw, do tego tak poważnych. W takiej sytuacji nie dziwi fakt, że otrzymując od kierownika KOZZD opinię, w której wnioskuje on wraz z zespołem terapeutycznym o zwolnienie uczestnika z Ośrodka, chce zasięgnąć opinii zewnętrznych ekspertów. Tu ponownie pojawia się dylemat czy zespół biegłych, który jest zespołem zewnętrznym i bada jednorazowo pacjenta przebywającego w KOZZD, jest w stanie wziąć pod uwagę całokształt wiedzy na temat osoby opiniowanej, w tym np. przebieg terapii. Czy jednak w takim przypadku personel oddziału, mimo że wydawanie opinii zaburza relację terapeutyczną, nie jest bardziej zorientowany i ma większą wiedzę na temat funkcjonowania pacjenta i postępów w terapii, niż zewnętrzny zespół biegłych.

[36] Solodov I., Etyka biegłego w procesie karnym, Społeczne Stowarzyszenie Prasoznawcze „Stopka", 2017

4. Zwolnienie osoby stwarzającej zagrożenie z KOZZD

Procedura i warunki zwolnienia osoby uznanej za stwarzającą zagrożenie nie różni się znacząco od zwolnienia pacjenta z detencji. Artykuł 46 ustawy stanowi, że nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy sąd, na podstawie opinii lekarza psychiatry oraz wyników postępowania terapeutycznego, ustala, czy jest niezbędny dalszy pobyt w Ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie. Natomiast artykuł 47 mówi o tym, że sąd, uwzględniając wniosek, o którym mowa w art. 32 ust. 1, na wniosek kierownika Ośrodka albo z urzędu może w każdym czasie postanowić o wypisaniu osoby z Ośrodka, jeżeli wyniki postępowania terapeutycznego i zachowanie tej osoby uzasadniają przypuszczenie, że jej dalszy pobyt w Ośrodku nie jest konieczny.

W przypadku środków zabezpieczających mowa jest również o postępach leczenia, które mają na celu poprawę stanu zdrowia i zachowania, które umożliwia funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niezagrażający dla porządku prawnego.

W obydwu przypadkach zatem mowa jest o postępie w leczeniu/terapii. Wydaje się, że tak jak uzyskuje się poprawę w przypadku pacjentów, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, co pozwala na zakończenie detencji, tak i w przypadku pacjentów KOZZD, zwolnienie z zakładu powinno w którymś momencie nastąpić. Jednak, jak obserwujemy na przestrzeni lat stosowania tej ustawy, dzieje się to bardzo rzadko, praktycznie prawie wcale.

Trudno znaleźć przyczynę tego stanu. W trakcie licznych konferencji Dyrektor KOZZD zauważa, że w swoich opiniach wnioskują o zwolnienie z Ośrodka, a drugi zespół biegłych ocenia, że osoba ta powinna w Ośrodku pozostać. Prawdopodobnie z powodu wspomnianego już lęku i ogromu odpowiedzialności sąd częściej przychyla się do opinii biegłych spoza Ośrodka.

Problemem może być również to, co powoduje niezrozumienie na linii personel oddziałów sądowych o wzmocnionym lub maksymalnym stopniu zabezpieczenia, a pracownicy oddziałów sądowych o podstawowym stopniu zabezpieczenia, a trzeba zauważyć, że KOZZD powstał z przekształcenia oddziału o maksymalnym stopniu zabezpieczenia. Niezrozumienie to wynika prawdopodobnie z większej odpowiedzialności, jaka jest nakładana na personel oddziałów podstawowych, jaką jest wnioskowanie o zwolnienie ze szpitala. Dlatego też, personel oddziałów podstawowych znacznie rozważniej i bardziej szczegółowo podchodzi do faktu zwolnienia pacjenta z detencji. To, co jest istotą tego procesu to zarządzanie ryzykiem przemocy, czyli jakie warunki muszą zostać spełnione, by pacjent szpitala psychiatrycznego nie stanowił na wolności zagrożenia dla porządku prawnego. Wymaga to ustalenia wielu czynników, zarówno dotyczących leczenia, jak i tych związanych z sytuacją społeczno-ekonomiczną.

W opinii, w której personel oddziału podstawowego wnioskuje o zwolnienie pacjenta ze szpitala, wskazuje się te obszary, które będą zabezpieczały pacjenta przed ponowieniem zachowań sprzed detencji. Robi się to szczegółowo, przedstawiając praktycznie gotowe rozwiązania. Jest to stały element oceny prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy.

Dlaczego w ten sposób? Dlatego, że sąd nie zna możliwości terapeutycznych poza zakładem, nie wie gdzie pacjent ma zamieszkać, z kim itp. Natomiast są to dla sądu informacje niezmiernie istotne, jeśli ma on podjąć decyzję dotyczącą zwolnienia pacjenta z zakładu. Warto więc wskazać w tej publikacji pewne możliwości, jakie mogłyby ułatwić procedurę zwolnienia.

Możliwości po opuszczeniu Ośrodka jest kilka. Pacjent może zostać wypisany do domu, z zastosowanym nadzorem prewencyjnym lub bez, zostać skierowany do Domu Pomocy Społecznej, lub może wymagać bardziej specjalistycznego leczenia psychiatrycznego.

Niewątpliwie, wypisanie do domu, z nałożonymi zaleceniami, jak terapia czy nadzór prewencyjny, jest oczywiście opcją najbardziej korzystną dla pacjenta, aczkolwiek nie zawsze możliwą. Jednak jeśli taka możliwość istnieje i uzyskano pożądaną poprawę, to należy przede wszystkim ustalić, gdzie zamieszka pacjent po opuszczeniu Ośrodka, z kim, czy będzie miał wsparcie, czy jest zdolny do podjęcia pracy, a jeśli tak, to czy ma motywację do jej podjęcia, z jakich środków finansowych będzie się utrzymywał i czy jest dostępna dla niego odpowiednia terapia. Są to ważne dane, które ułatwiają podjęcie ostatecznej decyzji. Tu należy wspomnieć, że istotnym problemem systemowym jest niewielka ilość ośrodków prowadzących terapię seksuologiczną, co może czasem wiązać się z odbywaniem, przez osobę, która została zwolniona z KOZZD, długiej podróży, czasem nawet raz w tygodniu. Dla osoby, która opuszcza Ośrodek i ma zacząć funkcjonować społecznie jest to dużym utrudnieniem, gdyż jest obarczone kosztami i koniecznością np. brania wolnego dnia z pracy. Jest to, jak wspomniano, problem systemowy i wymaga zmiany na tym poziomie.

Jeśli nie ma możliwości, by pacjent opuścił Ośrodek, ponieważ np. wymaga stałej opieki ze względu na wiek, stan somatyczny lub inne czynniki, a nie uzyska takiej opieki poza instytucją, ale też i nie wymaga już dalszego pobytu w KOZZD, należy rozważyć umieszczenie pacjenta w Domu Pomocy Społecznej. Może odbywać się to dwojako, za zgodą pacjenta lub bez jego zgody. Umieszczenie pacjenta w Domu Pomocy Społecznej bez jego zgody, wymaga postanowienia sądu rodzinnego, a wniosek taki może złożyć Dyrektor zakładu leczniczego, którym według ustawy jest KOZZD. Następnie MOPS lub GOPS, w miejscu ostatniego zameldowania pacjenta, wyznacza instytucję, w której pacjent może zostać umieszczony, i wtedy oczekuje, aż miejsce w danym Domu Pomocy się zwolni i będzie on mógł zostać tam przyjęty. Jednak do czasu umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej nadal zachodzi prawdopodobieństwo popełnienia przez niego czynów z użyciem przemocy, gdyż jedynym czynnikiem chroniącym przed jego ponowieniem jest pobyt w instytucji. Reasumując wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem w takiej sytuacji jest przeprowadzenie procedury umieszczenia w DPS, oraz uzyskanie miejsca dla pacjenta, a dopiero wtedy gdy istnieje już możliwość bezpośredniego przeniesienia z Ośrodka do DPS, wnioskowanie o zwolnienie. O ile jest to rozwiązane znane sędziom orzekającym w wydziałach wykonawczych, o tyle wydziały cywilne, które nie miały wcześniej do czynienia z takimi rozwiązaniami, mogą

o nich po prostu nie wiedzieć. Rozwiązanie takie bywa jednak często podłożem konfliktu i niezrozumienia na linii prawnicy-biegli. Powodem tego jest, że podejmując decyzję o konieczności umieszczenia pacjenta w Domu Pomocy Społecznej, tak naprawdę uznajemy, że jego dalszy pobyt w szpitalu psychiatrycznym nie jest konieczny, a jego dalsze leczenie może odbywać się w innej instytucji, poza szpitalem, czyli nie stwarza zagrożenia dla porządku prawnego, a więc ustały przesłanki konieczne do zaistnienia, które wskazują na konieczność przebywania w szpitalu, lub w przypadku ustawy w KOZZD. Niemniej jednak argumentacją biegłych, która jest podstawą stosowania takich rozwiązań, jest to, że osoba taka nie stwarza zagrożenia, ale wyłącznie będąc objęta nadzorem instytucji. Dlatego, że poza nią jest wysokie prawdopodobieństwo, że pacjent nie będzie przyjmował leków, nie będzie stosował się do nadzoru prewencyjnego lub będzie łamał abstynencję, co może doprowadzić do ponowienia czynów karalnych. Może natomiast nadzór ten odbywać się w Domu Pomocy Społecznej, bo w szpitalu zostały wyczerpane już wszelkie możliwości terapeutyczne. Nie jest to oczywiście rozwiązanie idealne, ale w niektórych sytuacjach jedyne możliwe. Tożsama sytuacja jest w przypadku konieczności przeniesienia pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego, tylko, że w tym przypadku, pacjent musi wyrazić zgodę na pobyt i nie ma możliwości skierowania go do tej placówki na mocy postanowienia sądu.

Kolejnym rozwiązaniem jest, i to odróżnia środki zabezpieczające od KOZZD, wnioskowanie w opiniach o przeniesienie do szpitala psychiatrycznego, ponieważ personel Ośrodka uznał, że osoba skierowana, jest osobą chorą psychicznie i wymaga leczenia w specjalistycznych warunkach. Tu należy zwrócić uwagę, jakie są możliwości prawne, ponieważ tak, jak w przypadku DPS, czy ZOL, wnioskowanie o przeniesienie do szpitala z jednoczesnym wskazywaniem na brak konieczności dalszego przebywania w Ośrodku, może i z całą pewnością będzie rodziło wątpliwości sądu. Pojawią się one dlatego, że skoro osoba nie wymaga pobytu w KOZZD, a w szpitalu, to znaczy, że albo nie stwarza „bardzo wysokiego” prawdopodobieństwa, albo zespół terapeutyczny Ośrodka uznał, że choroba psychiczna nie jest przesłanką do umieszczenia w KOZZD, a ryzyko ponowienia przemocy wynika nie z charakteru i nasilenia zaburzeń osobowości, upośledzenia umysłowego lub zaburzenia preferencji seksualnych, a z choroby psychicznej właśnie. W tym pierwszym pojawia się pytanie, czy skoro pacjent nie wymaga pobytu w Ośrodku, a leczenia w szpitalu psychiatrycznym, to czy można przewidywać, co się stanie po opuszczeniu przez niego Ośrodka, na jakiej zasadzie ma on zostać przyjęty do szpitala psychiatrycznego, bo skoro nie sprowadza bardzo wysokiego ryzyka, to według tego powinien on opuścić Ośrodek i sam zgłosić się do szpitala, a nie wiadomo jednak przecież ani czy faktycznie się zgłosi, ani czy zostanie przyjęty, a jeśli nie, to jak się wtedy kształtuje prawdopodobieństwo. Będzie to rodzić wątpliwości sędziów orzekających o zwolnieniu z Ośrodka. Jeśli jednak „bardzo wysokie” lub „wysokie” prawdopodobieństwo wiąże się z chorobą, to powstaje analogiczna sytuacja do tej, jaką mamy w środkach zabezpieczających. Tylko, że środka zabezpieczającego nie można w takiej sytuacji

zastosować, gdyż osoba ta odbyła już karę za czyn, który uznano, że był dokonany w stanie poczytalności. Wydaje się, że jedyną sensowną możliwością jest w takim przypadku zastosowanie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a dokładnie jej 29 artykułu, który mówi o tym, że do szpitala psychiatrycznego może być również przyjęta, bez zgody wymaganej w art. 22[37] *„przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego"*, osoba chora psychicznie:

1. której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego,

   bądź

2. która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

Wniosek o umieszczenie osoby chorej psychicznie na mocy artykułu 29 ww. ustawy może złożyć rodzina lub organ do spraw pomocy społecznej. W razie wydania postanowienia o umieszczeniu osoby chorej na mocy art. 29, osoba taka jest przyjmowana do szpitala, bez jej zgody i wtedy o dalszym jej leczeniu i wypisaniu ze szpitala decyduje lekarz psychiatra.

Niestety systemowo, opisane powyżej możliwości są jedynymi jakie mogą zostać zastosowane w przypadkach umieszczenia osoby przebywającej w KOZZD w innych instytucjach. Istotne jest, by niezależnie od wybranej drogi zwolnienia pacjenta, szczegółowo proponować sądowi powyższe rozwiązania, gdyż nie jest on zobligowany do posiadania wiedzy na temat rozwiązań systemowych.

Głównymi wadami kierowania pacjentów do Domów Pomocy Społecznej lub do szpitala na mocy art. 29, jest niestety przewlekłość postępowań oraz długi czas oczekiwania na miejsce w DPS lub ZOL. Niestety powoduje to przedłużający się pobyt w Ośrodku lub szpitalu, ponad niezbędne minimum. Zmiana tej sytuacji wymaga jednak zmian systemowych, które mogłyby zostać wprowadzone po konsultacjach z personelem oddziałów sądowych i KOZZD.

---

[37] Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku, Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, ostatnia nowelizacja 4 maja 2019 r.

IV. Podsumowanie

W publikacji tej autorka starała się wskazać na wątpliwości biegłych dotyczące opiniowania na rzecz ustawy. Są to dylematy, które pojawiły się w rozmowach z praktykami lekarzami, psychologami i seksuologami, w trakcie konferencji dotyczących ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. oraz podczas rozmów w kuluarach. To wątpliwości osób, które na różnych etapach, opiniują na rzecz ustawy. Tych problemów z jej stosowaniem przez biegłych jest jak widać dość sporo. Zwłaszcza w kontekście nakładanych na nich kompetencji i oczekiwania od nich rzeczy niemożliwych z punktu widzenia wiedzy psychiatryczno-psychologiczno-seksuologicznej. Istotne było, według autorki, spojrzenie na szerszy kontekst, na wątpliwości jakie mają biegli. Choć wiadomo, że sąd oczekuje kategorycznych stwierdzeń, a i biegli często mają potrzebę wykazania się pewnością co do wniosków, musimy uznać, że wszyscy jesteśmy omylni i niektórych wniosków po prostu nie ma możliwości wyprowadzenia.

Dylematy są i będą dopóki nie zmieni się ustawa. Do tego czasu, w ocenie autorki, biegli powinni o tych dylematach mówić i pisać o nich w swoich opiniach. Należy dać sobie przyzwolenie na napisanie, że czegoś nie da się zmierzyć, że czegoś nie można ocenić ze stuprocentową stanowczością, że w różnych kontekstach nasze wnioski mogą być różne.

I tu bardzo ważne jest by biegli nie zapominali, że za każdą ich opinią stoi człowiek. Opinia taka decyduje o dalszych jego losach, o tym czy będzie izolowany, izolowany i leczony, czy tylko leczony. Nie wpływa to tylko na niego, ale także na jego otoczenie – bliskich, sąsiadów, ofiary itp.

Raz jeszcze należy podkreślić, że choć sąd jest „najwyższym biegłym”, to nie posiada umiejętności specjalnych i kieruje się tym, jakie wnioski przekaże mu biegły. W związku z tym opinia biegłego, mimo różnych dylematów, powinna być wydana jak najrzetelniej, z użyciem najnowszej wiedzy i wszelkich możliwych metod diagnostycznych.

Bibliografia

1. AM. Kettles, *A concept analysis of forensic risk. J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(4), 2004, s.484–493
2. G. Sjöstedt, M. Grann, *Risk assessment: What is being predicted by actuarial prediction instruments?* International journal of forensic mental health, 1(2), 2002, s.179–183.
3. H. Stattin, A. Romelsjö, M. Stenbacka, *Personal resources as modifiers of the risk for future criminality: An analysis of protective factors in relation to 18-year-old boys*, The British Journal of Criminology, 37(2), 1997, s.198–223.
4. J. Monahan, H. Steadman, *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, University of Chicago Press, 1996
5. JK. Gierowski, L. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, C.H. Beck, Warszawa 2013; s.308–327.
6. M. de Vries Robbé, V. de Vogel, E. de Spa, *Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF*, International journal of forensic mental health, 10(3), 2011, s.178–186.

7. M. de Vries Robbé, V. de Vogel, J. Stam, *Protective factors for violence risk: The value for clinical practice*, Psychology, 3(12) , 2012, s.1–6
8. M. De Vries Robbé, V. de Vogel, K. Douglas, H. Nijman, *Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism*, Law and human behavior, 39(1), 2015, s.53.
9. M. Persson i in., *Violence during imprisonment, forensic psychiatric care, and probation: Correlations and predictive validity of the risk assessment instruments COVR, LSI-R, HCR-20V3, and SAPROF*, International Journal of Forensic Mental Health, 16.2, 2017, s.117–129.
10. R. Rogers, *The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice*, Law Hum Behav 24(5), 2004, s. 595–605
11. S. Fazel, M. Grann, *Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study*, American Journal of Psychiatry 161, 2004,s.2129–2131
12. S. Hart, *Psychopathy and risk for violence. In Psychopathy: Theory, research and implications for society*, Springer, Dordrecht, 1998, s.355–373
13. S. Hodgins, *The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing*, International Journal of Law and Psychiatry, 2001, 24(4–5), s. 427–446
14. S. Ullrich, J. Coid, (2011). *Protective factors for violence among released prisoners—Effects over time and interactions with static risk*, Journal of Consulting and Clinical psychology, 79(3), 2011, s.381.
15. T. Ward, M. Brown, *The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation*, Psychology, Crime & Law, 10(3), 2004, s.243–257.
16. U. Haggård-Grann, *Violence among mentally disordered offenders : Risk and protective factors*, Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, 2005, s.1–12
17. V. Quinsey, G. Harris, M. Rice, C. Cormier, (2005). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk (Law and Public Policy)*, American Psychological Association, Washington, DC, 2005
18. W. Grove, P. Meehl, *Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy*, Psychology, public policy, and law, 2(2), 1996, s.293.

Zbigniew Lew-Starowicz

Leczenie sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej

I. Wstęp

Historia leczenia sprawców liczy już prawie 100 lat. W Europie pierwszy ośrodek leczenia sprawców powstał w 1925 roku w Danii w Herstedvester, a w USA w latach pięćdziesiątych XX wieku w Atascadero State Hospital w Kalifornii. Dynamiczny rozwój leczenia sprawców obserwuje się od lat 70–80 XX wieku w wielu krajach, zwłaszcza w Czechach, Wielkiej Brytanii, Holandii, Kanadzie. Obecnie programy leczenia sprawców stosuje się w większości krajów UE, USA, Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii i obejmują one ponad 200 wariantów.

W początkach rozwoju leczenia sprawców dominowała kastracja chirurgiczna, farmakoterapia i próby stosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Większość współczesnych programów leczenia sprawców opiera się na modelu integralnym łączącym farmakoterapię i psychoterapię, głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym. Model ten stosowany jest również w Polsce. O ile w przeszłości koncentrowano się na zmniejszeniu popędu, kontroli reaktywności seksualnej, zapobieganiu recydywie i dostosowaniu pacjentów do obowiązujących norm społecznych, to obecnie większą uwagę poświęca się kreowaniu empatii, poczucia odpowiedzialności, radzenia sobie ze stresem, partnerskim relacjom sprawców z terapeutami.

Leczenie sprawców jest bardzo trudne, długotrwałe, obciążające dla terapeutów i specyficzne. Kadra terapeutyczna musi być starannie dobierana, wolna od negatywnych postaw wobec sprawców, o wysokim poziomie kwalifikacji, stale szkolona i superwizowana. Jest to o tyle istotne, że część sprawców traktuje leczenie jako szansę na wcześniejsze wyjście na wolność, złagodzenie wymiaru kary i ma pozorną motywację do zmiany Ja, a terapeutów traktuje jako pracowników wymiaru sprawiedliwości. Wielu sprawców ma różne zaburzenia osobowości, a to wiąże się z koniecznością stosowania specjalnych metod terapeutycznych. Zjawisko wypalenia zawodowego częściej dotyczy terapeutów tej grupy pacjentów w porównaniu z innymi pacjentami.

Są też pozytywne zjawiska: rosnąca ilość specjalistycznej literatury, metod diagnostycznych, oceniających czynniki ryzyka, kontakty międzynarodowe, szkolenia i konferencje naukowe.

II. Metody leczenia

Farmakoterapia

W latach sześćdziesiątych XX wieku w leczeniu sprawców zaczęto stosować leki antyandrogenowe, których celem było obniżenie popędu seksualnego, a w następstwie zmniejszenie ryzyka recydywy. W USA stosowano Depo-Provera [octan medryksoprogesteronu], a później w Europie Androcur [octan cypropteronu]. Drugą grupą leków stosowaną w celu obniżenia popędu były leki psychotropowe. W latach osiemdziesiątych XX wieku zaczęto stosować trzecią grupę leków – agoniści GnRH. Lekarze dysponują zatem zestawem leków skutecznie obniżających popęd seksualny. W latach, kiedy nie było w Polsce programów leczenia sprawców, wielu z nich przed opuszczeniem zakładu karnego prosiło o przepisanie im tego typu leków w celu uniknięcia recydywy.

W wielu krajach przez długi okres czasu, jak wynika z badań, większość populacji miała negatywne nastawienie do idei leczenia sprawców i domagała się poza surowymi wyrokami ich kastracji. Stąd pojawił się pomysł nazywania tego typu leków mianem ”kastracji chemicznej”. Obecnie ta metoda leczenia jest akceptowana w większości krajów, również w Polsce, a leki są refundowane.

„Kastracja chemiczna” budzi pewne kontrowersje z powodu możliwości występowania działań ubocznych, stosowania jej w formie przymusowej, a nie tylko dobrowolnej, ograniczenia jej wobec sprawców preferencyjnych, braku badań przesiewowych. Ponadto, wielu ekspertów stwierdza, że często sprawcy dokonują zakazanych prawem czynów z innych przyczyn niż samo zaspokojenie seksualne, a obniżenie u nich libido wcale nie musi doprowadzić do zmniejszenia ryzyka recydywy i budzi to wątpliwości do długotrwałej skuteczności tej formy leczenia.

Farmakoterapię należy traktować jako metodę czasową i uzupełniającą stosowanie metod psychoterapeutycznych a nie jako podstawową metodę leczenia.

Metody chirurgiczne

Były stosowane już od III w.p.n.e do czasów współczesnych, w wielu krajach świata. Polegały one na usunięciu jąder, jąder i członka, leukotomii. W krajach EU nie są stosowane.

Psychoterapia

1) **Terapia psychodynamiczna**

Była stosowana głównie przez pionierów psychoanalizy, a obecnie cieszy się mniejszym zainteresowaniem. Jej istota polega na analizie wczesnych faz rozwoju psychoseksualnego sprawcy, pracy nad uświadomieniem treści nieświadomych, traktowania zachowań seksualnych jako wyrazu problemów interpersonalnych. Leczenie jest długotrwałe, skuteczność nieznana. Wielu ekspertów łączy elementy tej formy terapii z psychoterapią poznawczo-behawioralną.

2) **Terapia poznawczo-behawioralna**

Obecnie ponad 50% programów leczenia sprawców opiera się na tych metodach, których wspólnym celem jest: zmiana błędnych przekonań i oczekiwań, rozwijanie preferencji normatywnych, empatii, zdolności kierowania reaktywnością seksualną, obniżaniu zaburzonego popędu, kontrola nad stresem i złością, zmniejszeniu ryzyka recydywy. Rekomendowane są metody terapii grupowej obejmującej 6–8 pacjentów. Najczęściej stosowane są następujące moduły: wstępny, intensywny, podtrzymujący i interwencyjny. Intensywna terapia trwa kilka miesięcy, a podtrzymująca kilkanaście lat. Obecnie stosuje się kilkadziesiąt programów leczenia, najczęściej stosowane są:

<u>Program zapobiegania nawrotom</u>

Dominuje w USA i został zaadaptowany z programu leczenia uzależnień chemicznych. Koncentruje się na: czynnikach ryzyka, cyklu przemocy, planie radzenia sobie z czynnikami ryzyka. Zakłada, że całkowite wyleczenie zaburzeń preferencji nie jest możliwe. Możliwa jest natomiast częściowa ich kontrola.

<u>SOS-Strategia bezpiecznego napastnika</u>

Opiera się na założeniu, że u sprawców deficyt samoregulacji i zachowań dezaptacyjnych wiąże się z zachowaniami przestępczymi, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, autoagresją, patologicznymi zachowaniami seksualnymi. Leczenie opiera się na sojuszu terapeutycznym, relacji terapeutycznej opartej na empatii i wspieraniu, samosterowności pacjenta. Główne cele leczenia to: poznanie dysregulacji [emocjonalnej, poznawczej, interpersonalnej], czynników deficytu samoregulacji [przyczynowych i podtrzymujących], rozwój adaptacyjnych zdolności radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, a nie koncentrowaniu się na sposobach ich unikania, ocena postępów w leczeniu skoncentrowana na redukcji szkód.

Leczenie trwa ponad rok w formie terapii indywidualnej lub grupowej i obejmuje 12 modułów, np. dlaczego się leczę [12 sesji], emocje i ich regulacja [25 sesji], seksualność [20 sesji], oczekiwania dotyczące związków [25 sesji], radzenie sobie z przeszłością [20 sesji], zdrowe radzenie sobie z popędem [25 sesji].

<u>Model RNR: ryzyko-potrzeby-podatność</u>

Opiera się na 3 kluczowych elementach: ocena potrzeb kryminogennych [np. obiekty napadów seksualnych, fantazje, zachowania ryzykowne], podatność na terapię [motywacja, zaangażowanie, wgląd], interwencje w zależności od ryzyka recydywy.

Model dobrego życia

Opiera się na psychologii pozytywnej, nacisku na kompetencje i zasoby pacjenta. Koncentruje się na wartościach i doświadczeniach związanych z dobrostanem psychicznym: zdrowy model życia, samosterowność, spokój wewnętrzny, kreatywność, więzi społeczne. Zamiast koncentracji na czynnikach ryzyka celem jest rozwój wartościowego życia. Brak danych na temat skuteczności.

Program resocjalizacyjny STOP

Opracowany przez prof. Rossa w Kanadzie i jeden z najczęściej stosowanych programów leczenia w Wielkiej Brytanii, w formie zmodyfikowanej stosowany również w Polsce. Jego celem jest powstanie u sprawcy poczucia odpowiedzialności za popełnione czyny, poznanie szerokiego spektrum konsekwencji u ofiar i ich najbliższych, rozwinięcie samokontroli i stworzenie nowych zachowań w celu uniknięcia ryzyka recydywy. Poza psychoterapią stosuje się również farmakoterapię.

Faza I:

Polega na przygotowaniu do programu. Obejmuje analizę historii życia sprawcy, sposobu popełnienia przestępstwa, aktywność seksualną, funkcjonowanie w społeczeństwie, postawy wobec ofiar, zdolność podejmowania odpowiedzialności za swoje czyny, preferencje seksualne, mechanizmy samokontroli, poziom rozwoju intelektualnego, ocenę ryzyka recydywy.

Faza II:

– Etap 1 [100 sesji]: grupowa analiza postępowania członków grupy, wykazanie błędów poznawczych, kreowanie empatii do ofiary, analiza cyklu dewiacyjnego każdego z pacjentów.
– Etap 2 [100 sesji]: opracowanie strategii zapobiegania nawrotom, napisanie listu do ofiary w celu wywołania do niej empatii, ugruntowanie nawyków analizowanych w cyklu dewiacyjnym.

Faza III: działania wspierające.

Model D. Pryora

Opracowany przez amerykańskiego socjologa Douglasa Pryora dla pedofilów. Obejmuje następujące zagadnienia:

– rzetelna ocena rejestracji sprawcy oraz sposobu podania do publicznej wiadomości informacji o jego powrocie do społeczeństwa aby nie wywoływać paniki i umożliwić mu asymilację społeczną,
– zastosowanie terapii pozainstytucjonalnej w środowisku rodzinnym,
– stworzenie przez lokalne społeczności warunków, dzięki którym sprawcy mogą szukać pomocy,

– prowadzenie otwartego dialogu ze sprawcami zakwalifikowanymi do leczenia, aby lepiej poznać ich seksualność i dokonać ich poprawnej korekty,
– nacisk w terapii na empatię wobec ofiar,
– w celu uniknięcia ryzyka recydywy, tworzenie „planu ochronnego" obejmującego np. listę osób z którymi sprawca mógłby rozmawiać przy nawrocie dewiacyjnych fantazji erotycznych,
– edukacja seksualna społeczeństwa,
– zapewnienie przez władze środków finansowych na prowadzenie badań nad sprawcami.

Dialog motywacyjny

Obecnie tej metodzie poświęca się coraz więcej uwagi. Polega ona na tym, że zadaniem terapeuty jest głównie słuchanie, a nie narzucanie pacjentowi swoich rozwiązań, co ma skłonić sprawcę do przemyśleń i zmiany zachowań. Kluczowe jest poznanie ambiwalentnych uczuć u sprawców w stosunku do sytuacji, zachowań i kreowanie potrzeby zmiany.

W dialogu motywacyjnym są 4 podstawowe zasady: wyrażenie empatii, przełamanie oporu, wspieranie własnej pewności siebie, pogłębienie wewnętrznego rozdźwięku. Stosowane są 4 podstawowe techniki: pytania otwarte, afirmacja sprawcy, refleksyjne słuchanie, podsumowanie. Czemu ma to służyć?:

– otwarte pytania sugerują, że terapeuta jest naprawę zainteresowany co sprawca ma do powiedzenia,
– afirmacja pokazuje uznanie dla osiągnięć w leczeniu sprawcy, zrozumienie go i poza słowami obejmuje również ciepły wyraz twarzy, przyjazny uśmiech,
– w refleksyjnym słuchaniu okazuje się sprawcy empatię i zrozumienie, podążanie za jego tokiem rozumowania. W wielu przypadkach tego typu rozmowa ze sprawcą jest pierwszym dla niego ciepłym i empatycznym doświadczeniem w życiu.

Leczenie sprawców wg R.Mann i W. Marshall

Badacze, dobrze znani w Polsce, podsumowali 50 lat leczenia sprawców i doszli do następujących wniosków: ważna jest wiara pacjentów w skuteczność leczenia, większe szanse ma leczenie skoncentrowane na celu, u sprawców rezygnujących z leczenia większe jest ryzyko recydywy, u 35–43% sprawców rozpoznaje się hyperseksualność.

Według autorów przygotowanie do leczenia trwa około 8 tygodni i obejmuje: identyfikację oporu przed leczeniem, motywację do zmiany, cele na przyszłość, kreowanie optymizmu. Sprzyja motywowaniu do leczenia: aktywne słuchanie, uznanie perspektywy sprawcy, eliminacja mitów, podanie informacji na temat programu terapeutycznego. Należy też przeciwdziałać wypaleniu, z powodu którego około 1/3 sprawców przerywa leczenie. Autorzy

zalecają terapie grupowe, w których uczestniczy 8 sprawców, trwające 6–8 tygodni, 2 sesje w tygodniu po 2,5 godziny. Celem jest wzmacnianie motywacji do leczenia.

Metody i cele: omówienie skuteczności leczenia, przezwyciężanie oporu, kreowanie optymistycznego nastawienia, poprawa samooceny, tworzenie zaufania do terapeuty, budowanie spójności grupy, omawianie biografii pozakryminalnej, kreowanie empatii wobec ofiar.

W Polsce leczenie sprawców odbywa się w oddziałach terapeutycznych w zakładach karnych, w oddziałach zamkniętych w szpitalach psychiatrycznych oraz w formie ambulatoryjnej. Większość stosowanych programów leczenia opiera się na psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz farmakoterapii traktowanej jako forma uzupełniająca. Informacje na ten temat można znaleźć w publikacjach np.: Lew-Starowicz M., Lew-Starowicz Z., Skrzypulec-Plinta V.[red].: Seksuologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2017, Rawińska M.[red.]: Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń seksualnych Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2018, a także w periodykach: Przegląd Seksuologiczny, Seksuologia Polska. Podstawą do proponowanych metod leczenia są zalecenia opracowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie seksuologii [załącznik].

III. Skuteczność leczenia

Ocena skuteczności leczenia sprawców budzi wiele kontrowersji, mało jest bowiem badań randomizowanych, katamnestycznych, wyniki są rozbieżne, grupy badanych są zróżnicowane. Głównym kryterium skuteczności leczenia są wskaźniki recydywy sprawców porównywane z nieleczonymi sprawcami. Autorzy podają różne dane, ale dwa wnioski są najważniejsze: u leczonych recydywa jest mniejsza, ale i tak nie dotyczy ona większości leczonych. Te wyniki budzą różne kontrowersje, np. czy leczenie ma sens skoro jest tak kosztowne i długotrwałe?, czy dotychczas stosowane programy leczenia nie powinny być zastępowane bardziej nowatorskimi, jak np. dialog motywacyjny, czy bardziej skuteczne będzie leczenie sprawców oparte na kwalifikacji typologii zachowań przestępczych, np. pedofile, zabójcy, raptofile i ocenie ich stanu zdrowia psychicznego? Należy dodać, że w przypadku sprawczyń nie ma opracowanych programów leczenia, a specyfika ich leczenia jest odmienna w porównaniu ze sprawcami.

Pomocne w ocenie wymienionych kontrowersji może być poznanie programów leczenia stosowanego w Danii od 1997 r. – jako alternatywa do więzienia i stosowane w więzieniu. Program alternatywny stosowany jest wobec sprawców przestępstw bez użycia przemocy, motywowanych, przyznających się do popełnienia przynajmniej jednego zarzucanego czynu, po odbyciu 6-miesięcznego okresu próbnego w odpowiednim ośrodku. Program leczenia w zakładzie karnym opiera się głównie na edukacji, treningach motywacyjnych i kwalifikacji do leczenia – co dotyczy około 1/3 sprawców. W przypadku zakwalifikowanych do leczenia sprawców program

obejmuje: identyfikację czynników prowadzących do zaburzeń preferencji seksualnych, ewaluację prawdopodobieństwa ponownego przestępstwa, uzyskanie zgody na leczenie medyczne, stosowanie podejścia psychodynamicznego i poznawczo-behawioralnego. Terapeuci odbywają superwizje i uczestniczą w 2-dniowych warsztatach. Głównym celem leczenia jest wspieranie pacjenta w planach na przyszłe życie. Z badania katamnestycznego wynika, że na 222 leczonych sprawców poziom recydywy wynosił 14% a u 400 nieleczonych sprawców – 24%.

IV. Przyszłość leczenia sprawców

Z analizy skuteczności wielu programów leczenia sprawców wynika, że w przyszłości należy modyfikować leczenie uwzględniając następujące czynniki:

- w leczeniu należy mniej koncentrować się na analizie popełnionych przestępstw, a więcej na kreowaniu zmian i wizji przyszłego życia, pozytywnych cechach sprawcy,
- ważne jest kreowanie u sprawców poczucia własnej wartości, pozytywnej samooceny, zaufania do terapeutów,
- należy wprowadzać do leczenia techniki dialogu motywacyjnego.

V. Podsumowanie

Leczeniu sprawców poświęca się obecnie wiele uwagi i ukazuje się wiele monografii na ten temat. Z analizy tych publikacji wynika, ze ich wspólną cechą jest: podkreślanie długiego czasu leczenia, konieczność zróżnicowania w zależności od oceny poziomu ryzyka, priorytetowe traktowanie metody psychoterapeutycznych, konieczność szkolenia personelu leczącego, korzystanie z superwizji, a w najnowszych pracach podkreśla się znaczenie uważności. Pracujący w Polsce terapeuci powinni mieć możliwość szkolenia w cenionych ośrodkach zagranicznych, dostęp do literatury specjalistycznej, a także metod diagnostycznych.

Bibliografia:

1. Ireland J., Ireland C., Birch Ph.[eds].: Violent and sexual offenders: assessment, treatment and management. Routledge, London 2019.
2. Lew-Starowicz Z.: Seksuologia sądowa. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2000.
3. Lew-Starowicz M., Lew-Starowicz Z., Skrzypulec-Plinta V.[red].: Seksuologia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2017.
4. Liam E., Marshall L, Marshall W.[eds].: Theories, assessment and treatment of sexual offending. Wiley Blackwell, Oxford 2017. Volume III: Treatment.
5. Rawińska M.[red].: Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń seksualnych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2018.
6. Szymańska M.: Czynniki predysponujące i rozwój zaburzeń preferencji seksualnych typu pedofilii. Rozprawa doktorska. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2017.

Załącznik do artykułu prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza

Zalecenia Konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii dotyczące leczenia preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych

I. Cele terapii

1) Zapobieganie recydywie w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych Głównym celem terapii jest zapobieganie ponownemu podjęciu zachowań seksualnych niezgodnych z prawem, czyli recydywie przez osoby, wobec których sądy orzekły, że są winne takim zachowaniom.
   Główny cel terapii będzie osiągany poprzez:
   - Ocenę ryzyka recydywy u leczonych.
   - Monitorowanie ryzyka recydywy u leczonych.
   - Wskazanie i wykształcenie u leczonych umiejętności osiągania ważnych osobiście doświadczeń, „dóbr" w akceptowany społecznie sposób.

Ocena ryzyka recydywy

Stopień ryzyka recydywy u poszczególnych leczonych ustalamy diagnozując u niego statyczne czynniki ryzyka i dynamiczne czynniki ryzyka. Diagnoza statycznych i dynamicznych czynników ryzyka pozwoli na zakwalifikowanie poszczególnych leczonych do jednego z trzech poziomów ryzyka:

1. Wysokie ryzyko recydywy.
2. Średnie ryzyko recydywy.
3. Małe ryzyko recydywy.

Statyczne czynniki ryzyka recydywy określamy oceniając:

1. Zaburzenia preferencji seksualnych (parafilii).
2. Zaburzenia schematów poznawczych.
3. Deficyty społeczne.
4. Deficyty emocjonalne.
5. Zaburzenia samokontroli.

Preferencje seksualne diagnozujemy w oparciu o:

1. Seksuologiczne badanie podmiotowe.
2. Kwestionariusz Preferencji Seksualnych.
3. Inne skale i kwestionariusze.

Na podstawie wyników powyższych badań głównie określona zostaje orientacja seksualna leczonego (heteroseksualna, homoseksualna, bądź biseksualna, brak lub obecność pedofilii oraz inne zaburzenia preferencji, jak np. raptofilia (gwałcicielstwo), sadyzm seksualny, fetyszyzm, oglądactwo.

Diagnoza preferencji seksualnych zostaje postawiona na podstawie wyników co najmniej wyżej wymienionych metod badania.

Zaburzone schematy poznawcze diagnozuje się w oparciu o wynik badania podmiotowego oraz wynik uzyskany przez badanego w Kwestionariuszu Oceny Recydywy.

Deficyty społeczne badanego (samotność, brak intymnych związków z dorosłymi, ubogie myślenie perspektywiczne) identyfikujemy głównie w oparciu o wynik badania podmiotowego.

Deficyty emocjonalne (złość, agresja, niskie poczucie wartości, niedobory empatii, brak emocjonalnych związków z dorosłymi) diagnozujemy w oparciu o wyniki badania podmiotowego oraz wyniki badań testami; Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Zaburzenia samokontroli przejawiające się w biernych strategiach obrony, impulsywności, braku asertywności, nadmiernej kontroli diagnozuje się w oparciu o wynik badania podmiotowego oraz wynik badania Kwestionariuszem do Badania Poczucia Kontroli.

Dynamiczne czynniki ryzyka recydywy to:

1. Dostęp do potencjalnej ofiary.
2. Kryzys emocjonalny.
3. Wrogość, agresja.
4. Uzależnienie.
5. Napór wzmożonego popędu seksualnego.
6. Brak motywacji do leczenia.

Dynamiczne czynniki określamy na podstawie wyników badania podmiotowego, obserwacji pacjenta podczas terapii, konsultacji specjalistów w zakresie uzależnień.

U każdego sprawcy Statyczne Czynniki Ryzyka Recydywy i Dynamiczne Czynniki Ryzyka Recydywy określamy podczas procedury kwalifikacyjnej do leczenia.

Monitorowanie Ryzyka Recydywy

U każdego z leczonych sprawców przestępstw seksualnych, co 3 miesiące określamy Dynamiczne Czynniki Ryzyka Recydywy, a co 6 miesięcy Statyczne Czynniki Ryzyka Recydywy w trakcie Modułu Głównego i Przedłużonego oraz, co 6 miesięcy oba czynniki w Module Kontrolnym.

Wyniki okresowej oceny ryzyka recydywy poszczególnych leczonych sprawców rejestrowane są w Protokole Monitorowania Ryzyka Recydywy. Protokoły Monitorowania Ryzyka Recydywy poszczególnych leczonych przechowywane są w kartotece wydzielonej od kartoteki historii chorób.

Wskazanie i wykształcenie u leczonych umiejętności osiągania ważnych osobiście doświadczeń, „dóbr" w akceptowany społecznie sposób

Model „dobrego życia" został zaproponowany jako dodatek do modelu postępowania z ryzykiem. Model postępowania z ryzykiem jako priorytet polega na unikaniu zachowań dewiacyjnych, model dobrego życia łączy to z drugim równie ważnym celem, dać przestępcy zdolność zdobywania ważnych osobistych i społecznych doświadczeń („dóbr") w akceptowalny sposób. Drogą do zredukowania przestępczości jest raczej wskazanie jednostce niezbędnych warunków, by mogła wieść lepsze życie („dobre życie"), aniżeli po prostu uczenie jej jak zminimalizować szanse na aresztowanie. Priorytetem podejścia „dobrego życia" jest również zredukowanie przestępczych zachowań seksualnych.

II. Strategie terapii

1. Do programu terapii kwalifikowani są przestępcy z zaburzonymi preferencjami seksualnymi.
2. Do programu terapii nie kwalifikowani są przestępcy:
   - z psychozą,
   - z ciężkimi zaburzeniami osobowości,
   - z depresją i zagrożeni samobójstwem,
3. Leczenie oparte jest głównie o terapię grupową.
4. Terapia grupowa przestępców seksualnych odbywa się w nurcie poznawczo– behawioralnym.
5. Grupa leczonych przestępców liczy do 8 osób.
6. W miarę możliwości do grupy powinni być włączani mężczyźni będący w podobnym wieku, z podobnym poziomem wykształcenia, ze zbliżonym ilorazem inteligencji.
7. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi:
   - Kierownik Programu (etatowy lub konsultant).
   - Dwóch terapeutów.
   - Pracownik socjalny.
8. Nad prawidłowym przebiegiem terapii czuwa Kierownik Programu. Jest on odpowiedzialny za:
   - Prawidłowy przebieg postępowania kwalifikacyjnego przestępców seksualnych do terapii grupowej.
   - Przebieg terapii zgodnie z programem.
   - Prawidłowo prowadzoną i przechowywaną dokumentację leczonych.
   - Decyzje o potrzebie skierowania leczonego na dodatkowe specjalistyczne konsultacje lekarskie, dodatkowe badania diagnostyczne.
   - Dyspozycyjność personelu zespołów terapeutycznych.
9. Wyniki terapii podlegają ewaluacji co 6 miesięcy.

III. Program Terapii Preferencyjnych Sprawców Przestępstw Seksualnych

Na program składają się 4 moduły:

- Moduł Wprowadzający – trwa 3 miesiące.
- Moduł Główny – trwa 9 miesięcy.
- Moduł Przedłużony – trwa 3 lata.
- Moduł Kontrolny – trwa 16 lat.

Wskazany czas trwania poszczególnych modułów ma charakter orientacyjny i może ulec zmianie z powodu braku efektów stosowanej terapii lub postanowienia sądu.

W Modułach Wprowadzającym, Głównym i Przedłużonym terapia oparta jest o terapię grupową. W Module Kontrolnym terapia oparta jest o terapię indywidualną. Podczas Modułu Kontrolnego leczony obowiązany jest ponadto odbyć 60 godzin terapii grupowej co 2 lata. Pełen Program Terapii obowiązuje wszystkich sprawców przestępstw, u których rozpoznano zaburzenia preferencji seksualnych. U sprawców przestępstw seksualnych, u których nie stwierdza się zaburzeń preferencji, program może być ograniczony do Modułu Wprowadzającego, Głównego oraz Przedłużonego.

Moduł Wprowadzający

Moduł wprowadzający trwa 3 miesiące

Cele Modułu Wprowadzającego:

1. Kwalifikacja sprawców do Programu Terapii.
2. Ocena Statycznego Ryzyka Recydywy poszczególnych sprawców.
3. Ocena Dynamicznego Ryzyka Recydywy u poszczególnych sprawców.
4. Diagnostyka mechanizmów psychologicznych w przestępczych zachowaniach parafilnych sprawcy.
5. Diagnostyka modelu samoregulacji w zachowaniach parafilnych sprawcy.
6. Diagnostyka deficytów emocjonalnych sprawcy.
7. Diagnostyka deficytów społecznych sprawcy.
8. Ocena poziomu agresywności.
9. Diagnostyka w kierunku ewentualnych uzależnień sprawcy (alkohol, narkotyki, leki).
10. Ocena ogólnego stanu zdrowia.

Cele te realizujemy poprzez:

1. Badanie podmiotowe ogólno-lekarskie, psychologiczne i seksuologiczne sprawcy.
2. Ocenę przez psychiatrę stanu psychicznego sprawcy.
3. Badanie fizykalne sprawcy.
4. Testy psychofizjologiczne.
5. Badania testowe, Kwestionariusze.

6. Dodatkowe, lekarskie badania diagnostyczne.
7. Obserwację sprawcy.

Kryteria wyłączenia sprawcy z Programu Terapii:

1. Psychoza.
2. Ciężkie Zaburzenia Osobowości.
3. Depresja.
4. Zagrożenie samobójstwem.

Moduł Główny

Moduł główny trwa 9 miesięcy.

Terapia grupowa odbywa się 5 razy w tygodniu. Jedna sesja terapii grupowej trwa 3 godziny. W sumie w Module Głównym pacjent odbywa 540 godzin terapii grupowej.

Grupy mają charakter zamknięty. W trakcie trwania 9-cio miesięcznej terapii nie powinni być włączani do grupy nowi pacjenci.

Poza grupową terapią poznawczo-behawioralną, leczeni mają 2 razy w tygodniu po 2 godziny terapii zajęciowej, 1 raz w tygodniu 3 godzinne zajęcia, na których oglądają odpowiednio dobrane filmy z dyskusją po filmie oraz odbywają 60 godzin treningu asertywności.

W momencie rozpoczęcia terapii w Module Głównym u pacjentów włączana jest farmakoterapia typowa jak przy leczeniu zaburzeń preferencji seksualnych. Pacjenci otrzymują leki antyandrogenowe (Androcur), w razie konieczności przeciwdepresyjne (np. Seronil, Seroxat) oraz w miarę potrzeby leki przeciwlękowe (np. Xanax) oraz przeciwdrgawkowe (np. Tegretol).

Inne leki możliwe do stosowania to:

- Lit (jego preparaty) do 900 mg na dobę z zachowaniem reżimu wykonywania koniecznych badań kontrolnych w czasie terapii litem.
- Chloropromazyna, zalecana dawka to 125 mg na dobę.
- Benperidol, zalecana dawka to 1,25 mg na dobę.
- Flufenazyna, zalecana dawka to do 25 mg na dobę.
- Klomipramina, zalecana dawka to od 7 5mg do 350 mg na dobę.
- Desipramina, zalecana dawka to od l00 mg do 250 mg na dobę.
- Naltrexon, zalecana dawka to od l00 mg do 200 mg na dobę.

Grupa leków SSRI może być stosowana w parafiliach zwłaszcza u osób z rozpoznanym ekshibicjonizmem, kompulsywną masturbacją i pedofilią. Obserwuje się istotną redukcję w zakresie częstotliwości masturbacji i intensywności dewiacyjnych fantazji, osłabieniu ulega także depresja, lęk, aktywność seksualna.

Zalecane leki tej grupy to:

- Fluoxetin, zalecana dawka to od 20 mg do 60 mg na dobę.
- Citalopram, zalecana dawka to od 20 mg do 60 mg na dobę.
- Sertralina, zalecana dawka to 50 mg na dobę.
- Można stosować także inne leki z tej grupy takie jak Fluvoxamine, Paroxetine.

Za rozpoczęcie farmakoterapii, jej przebieg i zakończenie odpowiedzialny jest Kierownik Zespołu Terapeutycznego.

Zasadniczym celem Modułu Głównego jest zapobieganie recydywie, poprzez zwiększanie motywacji do powstrzymania się przed popełnieniem kolejnych przestępstw oraz rozwijanie umiejętności samokontroli. Techniki rozwijające motywację to: nadanie nowych znaczeń zaprzeczaniu, racjonalizowaniu oraz zniekształceniom poznawczym, które używane są przez przestępców, by usprawiedliwić swoje zachowanie; zwiększenie empatycznego doświadczania uczuć i emocji, przeżywanych przez ofiary, podczas popełniania przestępstwa; analiza konsekwencji doświadczenia przemocy seksualnej. Techniki rozwijające umiejętność samokontroli to: rozwijanie umiejętności zwracania uwagi na zachowania, myśli, uczucia i sytuacje, które zwiększają prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa oraz nauka realnych i efektywnych strategii kontrolowania i omijania wyżej wymienionych czynników.

By osiągnąć cel, grupa terapeutyczna koncentruje się na następujących obszarach:

- **Minimalizacja**

U przestępców charakterystyczna jest tendencja do minimalizacji lub zaprzeczania skutkom popełnionego przez nich przestępstwa. Istotnym aspektem terapii jest zwiększenie odpowiedzialności przestępców za ich zachowania, nauczenie ich rozpoznawania krzywdy, jaką wyrządzili ofiarom oraz własnych wymówek i usprawiedliwień swojego postępowania.

- **Zniekształceni**

Do usprawiedliwienia swojego zachowania przestępca stosuje zniekształcone myślenie. Podczas terapii jednostka uczy się identyfikować zniekształcenia tak, by mogła ona sama je zidentyfikować i zmienić.

- **Empatyzowanie z ofiar**ą

Istotnym deficytem, występującym u przestępców seksualnych jest nieumiejętność odczuwania empatii. Rozwinięcie empatii wobec ofiar ma hamujący wpływ na motywację do popełnienia przestępstwa. Dlatego też bardzo ważnym komponentem programu jest rozwijanie empatii w stosunku do ofiary.

- **Świadomość czynników ryzyk**a

Sama motywacja, nawet bardzo silna, nie jest czynnikiem wystarczającym zapobiegania recydywie. Leczony musi być świadomy takich czynników jak nastrój, myśli, uczucia i sytuacje prowadzące do popełnienia przestępstwa.

- **Strategie radzenia sobie**

Gdy leczony uświadomi sobie czynniki ryzyka, musi rozwinąć techniki efektywnego radzenia sobie z nimi. Techniki te są rozwijane i intensywnie ćwiczone podczas terapii, tak by leczony mógł je zastosować w stresujących sytuacjach.

- **Umiejętności radzenia sobie**

By przestępca efektywnie radził sobie z czynnikami ryzyka, terapia musi koncentrować się na rozwijaniu i wzmacnianiu takich umiejętności, które odnoszą się do strategii zapobiegających nawrotom.

Zespół Terapeutyczny może zdecydować o usunięciu leczonego z grupy.

Kryteria usunięcia leczonego z grupy:

- Agresywne zachowania.
- Zachowania seksualne wobec innych uczestników grupy.
- Sabotowanie terapii, brak motywacji do leczenia.
- Brak poprawy.
- Naruszanie bezpieczeństwa grupy.
- Intencjonalne pogwałcanie zaufania innych członków grupy.
- Naruszanie regulaminu Programu Leczenia.

Moduł Przedłużony

Moduł Przedłużony trwa 3 lata. Terapia w Module Przedłużonym oparta jest o terapię grupową.

Celem Modułu Przedłużonego jest utrzymanie efektów terapii. Podczas terapii w Module Przedłużonym głównie powtarzane są techniki zapobiegania nawrotom.

Sesje terapii grupowej odbywają się 1 raz w tygodniu po 3 godziny. W Module Przedłużonym stopień Statycznego i Dynamicznego Ryzyka Recydywy oceniany jest co 6 miesięcy.

W zależności od wyniku stopnia Ryzyka Recydywy, Kierownik Zespołu Terapeutycznego może włączyć farmakoterapię bądź ponownie skierować pacjenta do leczenia w Module Głównym.

Moduł Kontrolny

Moduł Kontrolny trwa 16 lat wyłącznie w lecznictwie ambulatoryjnym. Terapia w Module Kontrolnym oparta jest o terapię indywidualną i, jeśli to konieczne, o farmakoterapię. Sesje terapii indywidualnej odbywają się 1 raz w miesiącu. Głównym celem Modułu Kontrolnego jest monitorowanie ryzyka recydywy.

Struktura organizacyjna ośrodków leczenia sprawców przestępstw seksualnych

Leczenie sprawców przestępstw seksualnych odbywa się w podmiotach leczniczych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. *w sprawie zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej* (Dz. U. Nr 230, poz. 1519), w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. *w sprawie zakładów zamkniętych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich pojemności i warunków zabezpieczenia* (Dz. U. Nr 230, poz. 1520) oraz w innych podmiotach leczniczych posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień obejmujących swym zakresem terapię zaburzeń preferencji seksualnych.

W oddziałach zamkniętych leczenia sprawców przestępstw seksualnych powinny znajdować się:

- sale do terapii grupowej;
- sale do terapii indywidualnej;
- sale do terapii zajęciowej;
- gabinet zabiegowy;
- gabinet lekarski;
- testy do diagnozowania osobowości;
- inne niezbędne testy psychologiczne;
- możliwość wykonania oznaczeń poziomu hormonów;
- możliwość wykonania EEG, CT głowy, MR (OUN).

IV. Adresaci programu

1. Pedofile

Aktywność seksualna dorosłego człowieka podejmowana z dzieckiem może być przejawem dewiacji seksualnej, parafilii pod postacią pedofilii lub może być zastępczym sposobem realizacji jego potrzeby seksualnej. Każde zachowanie osobnika dorosłego wobec dziecka, które jest motywowane popędem seksualnym, służy podniecaniu się i zaspokajaniu potrzeby seksualnej, jest czynem pedofilnym. Osobą dorosłą podejmującą czyn pedofillny jest znacznie częściej mężczyzna niż kobieta. Podkreślenia wymaga fakt, że czyn pedofilny nie jest równoznaczny ze stwierdzeniem, że dokonał go pedofil. Czynów pedofilnych dopuszczają się osoby, u których stwierdza się zaburzenia preferencji seksualnych (pedofilia), ale znacznie częściej dokonują ich inne osoby, które w różnorodnych okolicznościach, pod wpływem różnorakich czynników podejmują kontakty seksualne z dzieckiem, pomimo że nie są dewiantami.

Biorąc pod uwagę motywację podjęcia kontaktu seksualnego z dzieckiem, czyny pedofilne klasyfikujemy jako:

1. Sytuacyjne, zastępcze.
2. Preferencyjne.

2. Sprawcy przestępstw przeciwko wolności seksualnej z innymi rozpoznaniami zaburzeń preferencji seksualnych np. raptofile, ekshibicjoniści

Rekomendowana literatura specjalistyczna.

1. Z. Lew-Starowicz, Seksuologia sądowa (Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000).
2. Z. Lew-Starowicz, Violetta Skrzypulec (Redaktorzy), Podstawy seksuologii (Wydawnictwo lekarskie PZWL 2010).
3. John Bankroft, Seksualność człowieka (Wydawnictwo Urban & Elsevier, 2011).
4. Kazimierz Pospiszyl, Przestępstwa seksualne (Wydawnictwo PWN).

Monika Szymańska

Profil sprawcy przestępstwa z zaburzeniami preferencji seksualnych, w szczególności pedofilskich

I. Wstęp

W orzecznictwie sądowo-seksuologicznym dosyć często spotykamy się z osobami z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych, w szczególności pedofilskich. Jest to szczególna grupa sprawców, w przypadku których do dziś nie został rozwiązany dylemat badawczy czy posiadają oni jakieś „szczególne" cechy, dzięki którym różnią się od ogółu społeczeństwa. Niewiele jest badań, które jednoznacznie wskazywałyby na czynniki predysponujące i wpływające na rozwój powyższych zaburzeń. Pospiszyl K. (2005) twierdzi, że pedofilia jest wynikiem zetknięcia się ze sobą wielu czynników, zarówno biologicznych, społecznych, jak i osobowościowych. Potwierdza to Lew-Starowicz Z. (2010), który zauważa, że pedofile nie wyróżniają się niczym szczególnym. Jest to jego zdaniem zróżnicowana grupa, którą tworzą zarówno osoby nieprzystosowane społecznie, jak i szanowani obywatele. Lew-Starowicz Z. stwierdza również, że próby opracowania profilu pedofilów opierają się na populacji mającej kontakt z wymiarem sprawiedliwości (podejrzani, oskarżeni, skazani).

II. Typologia sprawców czynów pedofilskich

Jedną z typologii sprawców wykorzystania seksualnego małoletnich zaproponował Imieliński K. (1990), który wyróżnił pedofilów właściwych i zastępczych. Do właściwych zalicza tych, którzy postrzegają dzieci, jako najbardziej pożądane obiekty seksualne. Natomiast grupę pedofilów zastępczych stanowią ci, którzy z różnych przyczyn nie mogą zrealizować swojej potrzeby seksualnej w relacji z osobą dorosłą, a dzieci stanowią dla nich zastępczy obiekt seksualny.

Bardziej rozbudowaną typologię przedstawili Groth, Hobson i Gary (1982), którzy podzielili sprawców czynów pedofilskich w oparciu o kryterium dynamiki rozwoju seksualnego na pedofilów fiksacyjnych i regresyjnych.

Pedofile fiksacyjni to osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych o typie pedofilii, którzy traktują dzieci jako obiekty seksualne.

Badacze dzielą pedofilów fiksacyjnych na trzy grupy:

- typ uwodzący – są to osoby, które z łatwością nawiązują kontakt z dziećmi, starają się zostać ich przyjaciółmi, chcą wzbudzić zaufanie, okazują im troskę i cierpliwość;

- typ sadystyczny – są to osoby, które do pełnej satysfakcji seksualnej potrzebują wyładowania swojej agresji na dziecku;
- typ introwertywny – są to osoby, które mają trudności w nawiązywaniu kontaktów zarówno z dziećmi, jak i z osobami dorosłymi. Najczęściej obnażają się przy dziecku, w niektórych przypadkach dążą do kontaktu seksualnego z użyciem siły.

Z kolei dla pedofilów regresyjnych dzieci stanowią zastępczy obiekt seksualny. Są to osoby, które z różnych przyczyn nie mogą nawiązać relacji seksualnej z dojrzałym biologicznie partnerem, a dzieci są dla nich bardziej dostępne.

Badacze dzielą pedofilów regresyjnych na pięć grup, wyróżniając:

- typ zahamowany – to osoby, które z jednej strony odczuwają chęć nawiązania kontaktu seksualnego z osobą dorosłą, jednak z drugiej strony odczuwają lęk przed nawiązaniem znajomości z nią. Nie radzą sobie w sytuacjach społecznych z osobami dorosłymi, ponieważ boją się odrzucenia z ich strony. Wraz z upływem czasu narasta w nich z tego powodu frustracja. Wybierają na partnerów seksualnych dzieci, które nie wzbudzają w nich zagrożenia. Wówczas kontakty seksualne mogą służyć im nie tylko do rozładowania potrzeby seksualnej, ale również do rozładowania skumulowanej agresji;
- typ nieprzystosowany – to osoby, które z różnych przyczyn nie dostosowały się do funkcjonowania w swym środowisku społecznym, w którym żyją. Nie są w stanie nawiązać pozytywnych relacji emocjonalnych i/lub seksualnych z osobami dorosłymi, co skłania ich do nawiązania relacji seksualnej z osobą małoletnią;
- typ regresywno-frustracyjny – to osoby, które są w stanie nawiązywać pozytywne relacje społeczne, jednak nie pod względem seksualnym. Cechują się niedojrzałością psychoseksualną, a dzieci postrzegają, jako odpowiednich dla siebie partnerów seksualnych;
- typ moralnie nieodróżniający – to osoby, które nie przestrzegają żadnych granic, norm i zasad. Nie widzą niczego złego w kontaktach seksualnych z małoletnimi;
- typ seksualnie nieodróżniający – to osoby, które dzieci i osoby dorosłe traktują, jako równoprawnych partnerów seksualnych.

Z kolei Kowalczyk M.H. (2014) dzieli sprawców czynów pedofilnych ze względu na: preferowany wiek ofiary, ich orientację seksualną, intensywność aktów seksualnych, tło sytuacyjne, a także ze względu na ich profil emocjonalny.

Podział ze względu na preferowany wiek ofiary:

- preferujący niemowlęta;
- preferujący młodsze dzieci – infantofilni;
- preferujący dzieci będące przed okresem dojrzewania – pedofilni;
- preferujący osoby będące w wieku dojrzewania – efebofilni.

Podział ze względu na orientację seksualną:

- homoseksualni;
- heteroseksualni;
- biseksualni.

Podział ze względu na intensywność aktów seksualnych:

- ukryci uwodziciele – traktujący relację seksualną z dziećmi dość powierzchownie, praktykujący najczęściej pieszczoty seksualne i/lub seks oralny z małoletnimi, rzadziej seks pochwowy i/lub analny;
- prawie partnerzy – związani z dziećmi zarówno pod względem emocjonalnym, jak i seksualnym;
- o ukrytej satysfakcji – interakcje z małoletnią ofiarą mają charakter niejawny.

Podział ze względu na tło sytuacyjne:

- sytuacyjni – potrafią uzyskać satysfakcję seksualną ze współżycia z osobą dorosłą, ich relacja seksualna z małoletnimi ma charakter zastępczy i „okolicznościowy";
- antyspołeczni – cechujący się: brakiem empatii, agresją, brakiem zasad i wartości, brakiem umiejętności zawierania długotrwałych związków;
- preferencyjni – ich preferencje seksualne skierowane są wyłącznie na osoby małoletnie;
- małoletni – nawiązujący relacje seksualne z rówieśnikami lub osobami młodszymi od siebie.

Podział ze względu na profil emocjonalny:

- czuli, wrażliwi, empatyczni względem ofiary;
- bezuczuciowi, traktujący swoje ofiary w sposób instrumentalny.

Lew-Starowicz Z. (2000) do czynników kształtujących określone preferencje seksualne zalicza wpływ: fantazji seksualnych towarzyszących zachowaniom autoerotycznym, twardej pornografii, mitów i stereotypów, negatywnych, agresywnych postaw wobec drugiej płci. Jego zdaniem najważniejsze z wyżej wymienionych czynników są fantazje seksualne, które u wielu sprawców ewoluują przez wiele lat od typowo hetero- lub homoseksualnych do dewiacyjnych. Lew-Starowicz Z. stwierdza również, że najtrudniejszą częścią wywiadu seksuologicznego jest uzyskanie informacji o treści fantazji seksualnych, co może być spowodowane stosowaniem przez sprawców mechanizmów obronnych. Dotyczy to również pedofilów zgłaszających się dobrowolnie na leczenie i nie popełniających przestępstw.

III. Mechanizmy powstania zachowań pedofilnych

Badacze zastanawiają się nad czynnikami przyczyniającymi się do powstania zachowań pedofilnych.

Pryor D.W. (2014) na podstawie przeprowadzonych wywiadów z trzydziestoma dorosłymi pedofilami (w chwili popełnienia przestępstwa mieli co najmniej 20 lat) doszedł do wniosku, że do popełnienia powyższych przestępstw przyczyniają się trzy rodzaje wczesnych doświadczeń życiowych:

- rozpoczęcie współżycia genitalnego z rówieśnikiem przed ukończeniem 13-stego r.ż.;
- rozpoczęcie współżycia seksualnego z osobą znacznie starszą przed ukończeniem 16-stego r.ż.;
- doświadczenie w dzieciństwie ze strony osób ważnych dla dziecka, zazwyczaj rodziców, przemocy fizycznej pozbawionej kontekstu seksualnego (przyznało się do niej 67% badanych).

Ponad 80% badanych deklarowało wystąpienie przynajmniej jednego czynnika, natomiast większość wszystkich trzech. Badani najczęściej podejmowali kontakty seksualne około 13-stego r.ż. (średnia 13,4). Podejmowali je nie tylko z osobami dorosłymi, ale również z rówieśnikami.

Pryor stwierdził również, że pierwszy akt wykorzystania seksualnego dzieci poprzedzały:

- wydarzenia związane z silnym wstrząsem psychicznym, np. zdrada ze strony partnera, śmierć bliskiej osoby;
- utrata autorytetu w roli partnera i/lub ojca;
- pochłonięcie sferą seksualną (eksperymenty seksualne, uzależnienie od masturbacji, praktykowanie seksu grupowego);
- utrata kontroli nad własnym życiem.

Badania Pryor'a zasługują na szczególne zainteresowanie ze względu na bardzo wnikliwą analizę biografii sprawców. Jednak nie można traktować ich jako reprezentatywnych dla wszystkich pedofilów ze względu na małą liczbę badanych.

IV. Profil osobowościowy pedofilów

Badacze na przestrzeni kilkudziesięciu lat przeprowadzili wiele badań na grupach sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci, w których wykazano charakterystyczne dla nich cechy. Jednak należy zaznaczyć, że były to dość zróżnicowane grupy. Różniły się pod względem liczebności, wieku badanych, rodzaju popełnionych przestępstw, a także pod względem sytuacji w jakiej znajdowali się badani, tzn. badano zarówno osoby oskarżone, jak i skazane za popełnienie powyższych przestępstw.

Z literatury przedmiotu wynika, że duże znaczenie w kształtowaniu się zaburzeń pedofilnych odgrywa środowisko rodzinne sprawców. Są to osoby osamotnione przez rodziców i rówieśników.

Z badań wynika, że osoby wykorzystujące seksualnie dzieci doświadczyły w pierwszym roku życia odrzucenia lub nadmiernego dystansu w stosunku do matki (Dutton, 2001). Inne badania z kolei wskazują na posiadanie nadopiekuńczej matki i wycofanego emocjonalnie i fizycznie ojca, który zazwyczaj nie uczestniczy w wychowaniu dziecka (Dwyer, Amberson, 1985). Potwierdzają to badania Lew-Starowicza Z. (2000), który uważa, że pedofile są silnie związani z matkami, które zazwyczaj cechują się nadopiekuńczością względem nich i ograniczają im kontakt z rówieśnikami w dzieciństwie. Badacz uważa, że matki sprawców są zazwyczaj nieusatysfakcjonowane swoim związkiem małżeńskim. Z badań Heitzmana J. wsp. (2014) wynika, że osoby wykorzystujące seksualnie dzieci częściej od pozostałych sprawców oceniają związki swoich rodziców jako negatywne. Zdecydowana większość badanych została wychowana przez obydwoje rodziców, a relacje z nimi oceniali pozytywnie.

Zdaniem Grotha (1982) pedofile, to osoby samotne, które zatrzymały się w jednej z wczesnych faz rozwoju psychoseksualnego i są zafascynowane światem dzieci. Badacz uważa, że fiksacja na dziecięcej fazie rozwoju może być spowodowana poczuciem winy pedofilów związanym z wczesnym uwiedzeniem dziecka lub ich lękiem przed dorosłością. Cechuje ich infantylizm zachowania.

Potwierdzają to badania Meltzer'a (1993). Badacz stwierdza, że osoby dopuszczające się czynów pedofilnych czują się zazwyczaj osamotnione w dzieciństwie. Są to osoby bierne, odseparowane od rówieśników, które równocześnie podziwiają energię innych dzieci.

De Masi F. (1998) uważa, że pedofile idealizują świat dzieci, ponieważ znienawidzili w nieświadomości świat dorosłych, co jest spowodowane zdradami, jakich wobec nich dopuścili się ich rodzice lub inne znaczące dla nich osoby. W związku z powyższym nie są w stanie zaufać osobom dorosłym a świat dzieci postrzegają, jako mniej zagrażający, bezpieczny.

Pietrulewicz B. (2006) na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań potwierdza trudności pedofilów w zawieraniu znajomości z dorosłymi partnerami i wybieranie słabszych od siebie, mniej zagrażających małoletnich, a także stwierdza, że wykazują oni tendencję do subtelnej manipulacji i introwersji.

Z badań Glaser, Frosh (1995) wynika, że osoby wykorzystujące seksualnie dzieci przejawiają tendencję do manifestowania swojej męskości, która ich zdaniem powiązana jest z dominacją, agresywnością i wymuszaniem uległości. Z badań wielu innych autorów wynika, że ta tendencja do manifestowania swojej męskości ogranicza się wyłącznie do dzieci i nie występuje w relacjach społecznych.

Według Dwyer i Amberson (1985) na profil osobowości sprawców czynów pedofilnych składa się: skłonność do manipulacji, niedojrzałość psychoseksualna, posiadanie cech dysocjacyjnych, doświadczenie negatywnych zachowań seksualnych w dzieciństwie.

Heitzman J. i wsp. (2014) zauważa, że jedynie niewielka grupa osób wykorzystujących seksualnie dzieci zgłaszała bycie ofiarą molestowania seksualnego w dzieciństwie. Zdecydowana większość z nich nie leczyła się psychiatrycznie, a u kilkunastu procent sprawców rozpoznano zaburzenia osobowości. Niewielu cechowało się ponadprzeciętnym poziomem inteligencji.

Do podobnych wyników w zakresie wychowania doszła w swoim badaniu Beisert M. (2012), która przebadała 248 mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne wobec małoletnich. Jednak z powyższych badań wynika, że około połowa z nich padła ofiarą wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Zastanawiającym jest fakt, że większość nieskazanych pedofilów (w przeciwieństwie do osób skazanych) nie podaje, aby doświadczyli molestowania seksualnego w dzieciństwie. Być może jest to spowodowane tym, że skazani sprawcy przenoszą swoją odpowiedzialność na innych.

Lew-Starowicz Z. (2000) uważa, że pod względem wykształcenia pedofile nie stanowią jednorodnej grupy. Są wśród nich osoby cechujące się zarówno niskim, jak i wysokim poziomem inteligencji. Ci drudzy, którym zazwyczaj udaje się uniknąć kary, posiadają wyższe wykształcenie, mają nienaganną opinię wśród społeczeństwa, zazwyczaj są w związkach małżeńskich i mają potomstwo. Z badań Beisert M. (2012) wynika, że wykształcenie podstawowe miało 81% skazanych za zachowania seksualne wobec dzieci.

Zdaniem Lew-Starowicza Z. (2000) osoby dopuszczające się czynów pedofilnych cechują się: niską samooceną, mają wiele kompleksów, mają problem z identyfikacją z rolą męską, odczuwają zahamowania seksualne względem dorosłych kobiet.

Carvalho i wsp. (2013) stwierdzili, że pedofile cechują się większą lękliwością, pasywnością, poza tym są bardziej dystymiczni i neurotyczni niż sprawcy innych przestępstw seksualnych.

Niepewność, lęk przed relacjami seksualnymi z osobami dorosłymi z powodu obawy przed odrzuceniem, brak pewności siebie i niską samoocenę potwierdzają Cohen i wsp. (2002), a także Łucka i Dziemian (2014) i B. Hołyst (2004), który dodaje, że są to osoby samotne, odizolowane społecznie, słabe, niedojrzałe.

W badaniu Tomaka, Wechslera i wsp. (2009, [w:] Lackinger, 2009) przebadano sprawców czynów pedofilnych Minesockim Wielowymiarowym Inwentarzem Osobowości (MMPI). Wykazano, że cechują się oni: niską samooceną, zaburzeniami lękowymi, nasileniem cech schizoidalnych i paranoicznych, a także uzyskali wysoki wynik w skali kłamstwa, co może świadczyć o dużym nasileniu mechanizmów obronnych i ich braku wglądu w swoje zachowania.

Z kolei badania Cohena i wsp. (2002) wykazały, że pedofile cechują się: niską samooceną, brakiem pewności siebie, a także niepewnością i lękiem przed kontaktami seksualnymi. Być może przyczyną takiego podejścia sprawców do sfery intymnej są ich problemy seksualne. Dwyer i Amberson (1985) stwierdzają, że zdecydowana większość osób skazanych za popełnienie przestępstw seksualnych względem dzieci cierpi dysfunkcje seksualne. Z badań Raymonda i wsp. ([w:] Schinaia, 2016) wynika, że najczęściej występującym problemem seksualnym w tej grupie sprawców jest przedwczesny wytrysk, rzadziej zaburzenia erekcji.

Z innych badań wynika, że osoby wykorzystujące seksualnie dzieci są z kolei osobami narcystycznymi. Z badań K. Pospiszyla (2005) wynika, że pedofile cechują się znacznie wyższym

poziomem narcyzmu niż gwałciciele i inni przestępcy. Badanie zostało przeprowadzone na trzech 30-osobowych grupach, które tworzyli: skazane osoby wykorzystujące seksualnie dzieci, skazani gwałciciele i przestępcy nie popełniający przestępstw seksualnych. Do podobnych wniosków doszedł Tangorra (2004), który przeprowadził swe badanie na grupie 26 sprawców wykorzystania seksualnego dzieci, hospitalizowanych w latach 1980–2000.

Badacze różnią się w ocenie przyczyn wysokiego poziomu narcyzmu u pedofilów. Podają różne interpretacje, np. opierające się na wczesnych fazach rozwoju psychoseksualnego, traktowania narcyzmu jako mechanizmu obronnego, sytuacji stresowej wynikającej z poczucia negatywnego traktowania przez społeczeństwo (poczucie wyobcowania).

Z wyżej wymienionej analizy piśmiennictwa wynika, że próby profilowania pedofilów okazują się być bardzo zróżnicowane, niereprezentatywne dla tej populacji i najczęściej opierają się na badaniu skazanych sprawców. Uważam, że najbardziej ciekawą grupę stanowią pedofile, którzy nie popełnili przestępstwa. Badanie tej grupy mogłoby wiele wnieść do poznania specyfiki pedofilii i jej uwarunkowań.

V. Badanie własne

Moje badanie (Szymańska M., 2018) zostało przeprowadzone na grupie 103 mężczyzn w wieku 19–70 lat, oskarżonych o popełnienie przestępstw seksualnych z art.200 k.k. i/lub art. 202 k.k. z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych o typie pedofilii. Podstawą rozpoznania wyżej wymienionych zaburzeń były kryteria diagnostyczne Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. W badaniu został przeprowadzony wywiad psychoseksuologiczny autorstwa Lew-Starowicza Z. oraz wystandaryzowane skale, testy i kwestionariusze. Badania zostały przeprowadzone w latach 2012–2017 i polegały na bezpośredniej rozmowie ze sprawcami.

Grupę kontrolną stanowiła grupa 506 mężczyzn w wieku 18–70 lat pochodząca z Raportu Seksualności Polaków 2017. Badani z grupy kontrolnej zostali przebadani metodą CAWI (Computer Assisted Web Interviewing). Badanie odbywało się od 4 do 15 grudnia 2015 r. Respondenci to członkowie Ogólnopolskiego Panelu Ariadna, panelu liczącego około 100 tysięcy osób.

Badani oskarżeni o popełnienie przestępstw seksualnych względem dzieci z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych typu pedofilii częściej od grupy kontrolnej negatywnie oceniali związki swoich rodziców, częściej podkreślali pozytywne relacje z matkami i negatywne lub obojętne z ojcami. Ci wychowani wyłącznie przez matki częściej mieli problem z zawarciem i/lub utrzymaniem związku z osobą dorosłą. Ich związki zazwyczaj nie trwały dłużej niż 2 lata.

Zdecydowana większość badanych nie była ofiarą wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie. Nie stosowali przemocy wobec swoich ofiar.

Osoby badane częściej deklarowały posiadanie dobrej lub bardzo dobrej samooceny w roli partnera seksualnego. Wcześniej od grupy kontrolnej rozpoczynali aktywność autoerotyczną, także wcześniej podejmowali inicjację seksualną. Około połowa z nich deklarowała posiadanie zaburzeń seksualnych, w szczególności zaburzeń erekcji. Ci z zaburzeniami erekcji wybierali zazwyczaj młodsze wiekiem ofiary. Jednocześnie postrzegali siebie, jako osoby o dużym temperamencie seksualnym, co ma zapewne związek z ich mechanizmami obronnymi.

Zdecydowana większość badanych z rozpoznanym zaburzeniem preferencji seksualnych typu pedofilii cechowała się kobiecą płcią psychologiczną. Płeć psychologiczna została zmierzona za pomocą Inwentarza Płci Psychologicznej autorstwa Kuczyńskiej A.(1992), który został skonstruowany na podstawie teorii schematów płciowych S. L. Bem. Zdaniem Kuczyńskiej A. cechuje go zadowalająca zgodność wewnętrzna i sprawdzona trafność teoretyczna. Właściwości psychometryczne Inwentarza są zadowalające zarówno dla skali Kobiecości (rtt = 0,79), jak również dla skali Męskości (rtt = 0,78). Do kobiecej płci psychologicznej zaliczane są takie cechy, jak na przykład: wrażliwość, troskliwość, łagodność, kokieteryjność, gospodarność, tolerancyjność, czułość, uczuciowość, delikatność, wrażliwość na potrzeby innych, angażowanie się w sprawy innych, naiwność.

VI. Podsumowanie

Typologie sprawców czynów pedofilnych opierają się na kryteriach obejmujących:

- dynamikę rozwoju psychoseksualnego,
- czas powstania,
- preferowany wiek ofiary,
- intensywność aktów seksualnych,
- profil emocjonalny.

Należy zaznaczyć, że w najnowszej wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ICD 11 nie będzie uwzględniona typologia wyżej wymienionych sprawców.

Najwięcej badań dotyczy przyczyn zachowań pedofilnych. Najczęściej zalicza się do nich: uwarunkowania z wczesnych faz rozwoju psychoseksualnego, traumy, uwarunkowania biologiczne, zaburzenia osobowości, bycie ofiarą molestowania seksualnego, cechy narcystyczne, niską samoocenę, zaburzenia seksualne.

Z analizy piśmiennictwa wynika, że próby profilowania pedofilów są bardzo zróżnicowane. Najczęściej opierają się one na badaniach skazanych sprawców.

Z moich badań przeprowadzonych na grupie 103 mężczyzn z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych o typie pedofilii wynika, że większość z nich negatywnie oceniała związek

swoich rodziców, miała negatywne lub obojętne relacje z nimi, nie była ofiarą wykorzystania seksualnego, wcześniej w porównaniu z grupą kontrolną rozpoczynała aktywność seksualną, cechowała się kobiecą płcią psychologiczną i niedojrzałością psychoseksualną[1].

Bibliografia

1. Carvalho J., Quinta-Gomes A., Nobre P.J. (2013), *The sexual functioning profile of a non forensic sample of individuals reporting sexual aggression against women*, Journal of Sexual Medicine 10, 1744–1754.
2. Cohen L.J., McGeoch P.G., Watras-Gans S., Acker S., Poznansky O., Cullen K., Itskovich Y., Galynker I. (2002), *Personality impairment in male pedophiles*. Journal of Clinical Psychiatry, Vol 3(10), 912–919.
3. De Masi F.(1998), *Il mondo del pedofilo*. Famiglia Oggi, 12,20–27.
4. Dutton D.G. (2001), *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: Diogenes.
5. Dwyer S.M., Amberson J.I. (1985), *Sex offender treatment program: A follow-up study*. The American Journal of Social Psychiatry, 4, 56–60.
6. Glaser D., Frosh S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, przeł. I. Pospiszyl. Warszawa: wyd. PZWL.
7. Groth A.N., Hobson W.F., Gary T.S. (1982), *The child molester. Social work and child sexual abuse*. New York: Haworth.
8. Hołyst B. (2004), *Psychologia kryminalistyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
9. Kowalczyk M.H. (2014), *Przestępcy seksualni. Zabójcy, gwałciciele, pedofile i ich resocjalizacja*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK.
10. Kuczyńska A.(1992), *Inwentarz do oceny płci psychologicznej (IPP)*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
11. Lackinger F. (2009), *Psychoanalytische uberlegungen zur pedophilie. Psychoanalytic considerationon pedophilia*. Psychotherapeut, Vol. 54(4), 262–269.
12. Lew-Starowicz Z. (2000), *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
13. Lew-Starowicz Z., Szymańska M., Czajka A. (2010), *Charakterystyka sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci*, Przegląd Seksuologiczny nr 24, t. VI (4).
14. Łucka I., Dziemian A. (2014), *Pedofilia – przegląd literatury, ilustracja kazuistyczna, dylematy*, Psychiatria Polska, 48 (1): 121–134.
15. Meltzer D. (1993), *Claustrum. Uno studio dei fenomeni claustrofobici*. Milano: Cortina.
16. Pietrulewicz B. (2006), *A study of heterosexual and homosexual pedophiles using parallel forms Cattell's 16 PF*, Polskie Forum Psychologiczne, t. 11 nr2, s. 164–172.
17. Pospiszyl K. (2005), *Przestępstwa seksualne: Geneza, postacie, resocjalizacja oraz zabezpieczenia przed powrotnością*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
18. Pryor Douglas W. (2014), *Pedofilia. 30 wywiadów z pedofilami*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
19. Schinaia C. (2016), *Pedofilia. Psychoanaliza i świat pedofila*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
20. Szymańska M. (2018), *Czynniki predysponujące i rozwój zaburzeń preferencji seksualnych typu pedofilii*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
21. Tangorra J.P. (2004), *An inverstigation of levels of narcissism, sadism, sociopathy, and aggression within the personality structure non-incarcerated, psychiatrically hospitalized pedophiles*. The Sciences and Enginering, Vol 65.

[1] Całość rozdziału została oparta na pracy doktorskiej autorki napisanej i obronionej pod kierunkiem prof. dr hab. Zbigniewa Lwa-Starowicza.

Ryszard Piotrowski

Opinia o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 roku

I. Tezy opinii

1. regulamin, o którym mowa w tytule niniejszej opinii (dalej: regulamin), ze względu na brak konstytucyjnie wymaganej podstawy do jego ustanowienia, jest w całości niezgodny z art. 7 Konstytucji RP;
2. par. 1 pkt 4 regulaminu, jest niezgodny z art. 30 i art. 2 w związku z art. 31 ust. 3 oraz z zart. 52 ust. 1 Konstytucji RP;
3. par. 2 pkt 1 regulaminu, w zakresie, w jakim nie ustala prawa do:
    a. minimalnej powierzchni mieszkalnej przeznaczonej dla jednego pacjenta w sali pacjenta,
    b. spaceru i zajęć sportowych oraz gimnastyki w sali rekreacyjnej, niezależnie od programu terapii,
    c. korzystania z czytelni książek, czasopism i gazet oraz posiadania własnych książek,
    d. przebywania w sali mieszkalnej pacjenta ze stałym dostępem świeżego powietrza,
    e. kopiowania za odpłatnością akt sądowych dotyczących pobytu pacjenta w Ośrodku;
    f. zwracania się w swoich sprawach do Rzecznika Praw Pacjentów Ośrodka, który nie jest pracownikiem Ośrodka podległym Kierownikowi Ośrodka;

    jest niezgodny z art. 68 w związku z art. 2 i preambułą Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, narusza zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych;
4. par. 2 pkt 1 regulaminu, w zakresie, w jakim nie ustala prawa do minimalnej powierzchni mieszkalnej, przeznaczonej dla jednego pacjenta w sali pacjenta, jest niezgodny z art. 2 w związku z art. 41 ust. 4 Konstytucji RP;
5. par. 2 pkt 1 regulaminu, w części, w której stanowi, że pacjent przebywający w Ośrodku ma prawo do wykonywania praktyk religijnych, przy obecności pracownika ochrony, jest niezgodny z art. 30 i art. 53 ust. 2 i 5 w związku z art. 47 Konstytucji RP;

6. par. 8 pkt 7 i 7c regulaminu oraz pkt 8c w Aneksie nr 1 do regulaminu, par. 12 pkt 5a i pkt 7, są niezgodne z art. 49 Konstytucji RP;
7. par. 15 regulaminu, jest niezgodny z art. 47 i art. 2 w związku z art. 31 ust. 3 oraz z art. 64 ust. 1 Konstytucji RP;
8. par. 3 pkt 2, par. 8 pkt 6b, par. 8 pkt 7c, par. 12 pkt 7, par. 18 pkt 2 regulaminu są niezgodne z art. 2 Konstytucji RP;
9. przepisy regulaminu wymienione w pkt 2 – 9 tez niniejszej opinii, w zakresie, w jakim sprowadzają ryzyko niehumanitarnego traktowania pacjentów, są niezgodne z art. 41 ust. 4 Konstytucji RP.

II. Uzasadnienie

1. Wewnętrzny regulamin organizacyjno-porządkowy pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 r. jako wykluczone przez art. 7 Konstytucji RP „prawo faktyczne”

Przedmiotem opinii jest wersja regulaminu z dnia 17 września 2018 roku z aneksem nr 1 z dnia 14 grudnia 2018 roku.

Należy zauważyć, że regulamin podlega częstym zmianom. Obok wersji opiniowanej (z dnia 17 września 2018 roku) istnieje w szczególności wersja z dnia 9 stycznia 2018 roku wraz z aneksami: nr 1 (z dnia 14 grudnia 2018 r.), nr 2 (z dnia 26 lutego 2018 r.), nr 3 (z dnia 4 kwietnia 2018 r.), nr 4 (z dnia 30 lipca 2018 r.), nr 5 (z dnia 14 grudnia 2018 r.). Należy zauważyć, że: 1) aneksy nr 1 i nr 5 są opatrzone tą samą datą dzienną, 2) aneksy nr 1 i nr 5 są treściowo tożsame, z tym, że aneks nr 1 ustala nowe brzmienie przepisu nieistniejącego w regulaminie, a mianowicie nowe brzmienie par. 8 pkt 7 c, ale w par. 8 nie ma punktu 7 c (jest punkt 8c, do którego odnosi się aneks). Ponadto, z numeracji aneksów wynika, że w 2018 roku grudzień (aneks nr 1) był przed lutym (aneks nr 2), kwietniem (aneks nr 3), lipcem (aneks nr 4), co – jak wiadomo – nie miało miejsca.

Częste zmiany regulaminu oraz posługiwanie się przez stanowiącego regulamin aneksami, podważają jego normatywność i świadczą o braku spójności koncepcji funkcjonowania Ośrodka z przepisami ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24 ze zm., dalej: ustawa) oraz rozporządzenia w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (Dz. U. z 2014 r. poz. 88).

Ocena charakteru prawnego regulaminu wymaga podkreślenia, że jednym z najbardziej istotnych dokonań Konstytucji RP jest wprowadzenie rozróżnienia przepisów prawa powszechnie

obowiązującego oraz przepisów o charakterze wewnętrznym[1]. Istotą przepisów prawa powszechnie obowiązującego jest to, że mogą wiązać wszystkie podmioty w państwie, w tym obywateli. Ustrojodawca „w sposób w pełni zamierzony i jednoznacznie wyrażony przyjął w Konstytucji podmiotowo i przedmiotowo zamknięty system źródeł prawa powszechnie obowiązującego”[2]. Istotą aktów prawa wewnętrznego jest – w myśl art. 93 ust. 1 Konstytucji RP – to, że mogą być kierowane tylko do jednostek organizacyjnie podległych organowi wydającemu te akty[3]. Według Trybunału Konstytucyjnego zakres aktu prawa wewnętrznego „w żadnym wypadku nie może dotyczyć jakichkolwiek podmiotów, które nie są podległe organowi wydającemu ten akt”[4]. Sytuacja prawna „obywatela (oraz wszelkich podmiotów pozostających poza „władzą organizacyjną” organu wydającego akt normatywny) może być regulowana tylko w drodze aktów prawa powszechnie obowiązującego”[5].

Art. 93 ust. 1 Konstytucji stanowi, że „uchwały Rady Ministrów oraz zarządzenia Prezesa Rady Ministrów i ministrów mają charakter wewnętrzny i obowiązują tylko jednostki organizacyjnie podległe organowi wydającemu te akty”. Jednak zgodnie z art. 93 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji, zarządzenia „nie mogą (...) stanowić podstawy decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów”.

W świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego przepisy te odnoszą się do szczególnego rodzaju aktów prawa, tzw. aktów prawa o charakterze wewnętrznym, zwanych też w doktrynie „aktami wewnętrznie obowiązującymi” albo „aktami kierownictwa wewnętrznego”, które stanowią uzupełnienie aktów prawa powszechnie obowiązującego (*erga omnes*). Według Trybunału Konstytucyjnego „akty te mają ograniczoną sferę oddziaływania, ponieważ mogą być nimi związane tylko i wyłącznie jednostki organizacyjnie podległe organowi wydającemu taki akt”[6]. W orzecznictwie Trybunału podkreśla się, że „akty te w żadnym wypadku nie mogą wiązać podmiotów, które nie są podległe wydającemu organowi”[7]. Podmiotami, które „wiąże moc obowiązująca zarządzeń, mogą być albo osobne organy podległe organizacyjnie organowi wydającemu akt, albo jego własne jednostki organizacyjne oraz ich pracownicy i funkcjonariusze”[8].

Według Trybunału Konstytucyjnego „postanowienia aktu wewnętrznie obowiązującego nie mogą stanowić podstawy decyzji wobec podmiotów indywidualnych (np. obywateli, cudzoziemców, osób prawnych). Przy czym termin „decyzja” jako pojęcie konstytucyjne należy rozumieć szeroko jako każdy indywidualny i konkretny akt prawny, który będzie kształtował sytuację

1 Tak L. Garlicki: Polskie prawo konstytucyjne, Warszawa 2018, s. 142.
2 Tak zwłaszcza Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. SK 50/13.
3 Por. L. Garlicki: op. cit., s. 144.
4 Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn., K 21/98.
5 Tak Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn., K 28/98.
6 Tak Trybunał w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 8/14.
7 Tak Trybunał w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 35/09.
8 Tak Trybunał w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 8/14.

prawną wskazanych podmiotów. Prawodawca, chcąc unormować sytuację prawną obywateli, musi uczynić to w drodze aktu normatywnego, stanowiącego źródło prawa powszechnie obowiązującego. Zgodnie z art. 87 ust. 1 i 2 Konstytucji źródłami tymi są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia, a na obszarze działania organów, które je ustanowiły – także akty prawa miejscowego. Ponadto, są nimi także rozporządzenia z mocą ustawy wydawane przez prezydenta w czasie stanu wojennego (art. 234 Konstytucji). Konstytucja nie przewiduje możliwości wydawania decyzji wobec podmiotów indywidualnych na podstawie przepisów zarządzenia”[9].

Akty prawa wewnętrznie obowiązującego wydawane są w myśl art. 93 ust. 2 Konstytucji „tylko na podstawie ustawy”. Podlegają one ogłoszeniu, przy czym – według art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 1523 ze zm.) – ogłoszenie aktu normatywnego w dzienniku urzędowym jest obowiązkowe, aczkolwiek „odrębna ustawa może wyłączyć obowiązek ogłoszenia aktu normatywnego niezawierającego przepisów powszechnie obowiązujących”, a więc aktu prawa wewnętrznego.

W doktrynie wskazano, że „każdy akt normatywny musi mieć postać albo aktu prawa powszechnie obowiązującego, albo aktu prawa wewnętrznego. Należy odrzucić tezę o możliwości istnienia trzeciej, pośredniej kategorii aktów, których prawo wydawania nie musiałoby wynikać z wyraźnego przyzwolenia konstytucyjnego, a mogłoby być wydobywane z ogólnych (konstytucyjnych lub ustawowych) kompetencji (zadań) organów je stanowiących”[10].

W świetle przepisów Konstytucji RP o źródłach prawa, orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego i stanowiska doktryny, regulamin nie jest prawem powszechnie obowiązującym. Nie jest też aktem prawa wewnętrznego, ponieważ:

1) akt prawa wewnętrznego może być skierowany do jednostek organizacyjnie podległych organowi wydającemu; jednakże regulamin jest skierowany do kierownika Ośrodka, który samemu sobie nie podlega, nie może więc podlegać regulaminowi przez samego siebie ustanowionemu, gdyż żaden przepis prawa nie nadaje kierownikowi autonomii regulaminowej, czy też jurysdykcyjnej. Oznacza to, że regulamin – jeśli miałby odpowiadać standardom prawa wewnętrznego – powinien być nadany przez jednostkę nadrzędną;
2) akt prawa wewnętrznego może być wydany tylko na podstawie ustawy, która musi określać ogólną kompetencję danego organu do wydawania tego rodzaju aktów. Ustawa nie może przyznać kierownikowi Ośrodka kompetencji prawotwórczej w zakresie stanowienia prawa wewnętrznego wiążącego pacjentów, ponieważ nie są oni „jednostkami organizacyjnie podległymi” kierownikowi w rozumieniu art. 93 ust. 1 Konstytucji RP.

---

[9] Ibidem.

[10] Tak L. Garlicki: op. cit., s. 147.

Jako podstawę prawną regulaminu powołano w nim art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.), w myśl którego sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Cytowany przepis ustanawia kompetencję kierownika Ośrodka w odniesieniu do określenia sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, a więc terapii, której poddawani są pacjenci Ośrodka. Nie określa natomiast kompetencji prawotwórczej kierownika Ośrodka do ustanawiania sankcji dla pacjentów, ich przeszukiwania czy też sposobu postępowania pracowników ochrony w Ośrodku, a także możliwości kwestionowania rozstrzygnięć kierownika przed sądem. Można by zatem przyjąć, że regulamin jest pozbawiony podstawy ustawowej w zakresie, w jakim wykracza poza przedmiotową i podmiotową dziedzinę świadczeń zdrowotnych.

Stosownie do ustawy o działalności leczniczej jej przepisy „stosuje się odpowiednio" do Ośrodka (art. 37 ust. 4a). Jednakże zastosowanie art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej do wydania regulaminu określającego sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku przez jego kierownika w ogóle nie może mieć miejsca wobec wyraźnego brzmienia art. 26 ust. 5 ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014, poz. 24 ze zm.). Przepis ten stanowi, że „Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom stwarzającym zagrożenie umieszczonym w Ośrodku (...)". Ustawodawca trafnie wykluczył zastosowanie jakiegokolwiek aktu innego niż powszechnie obowiązujący, a więc rozporządzenia, do uregulowania szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Ośrodku. Rozporządzenie – akt prawa powszechnie obowiązującego jedynie właściwy ze względu na przedmiot regulacji i jej adresatów – zostało ogłoszone 17 stycznia 2014 roku (Dz. U. z 2014 r. poz. 88). Wydanie rozporządzenia w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku wyłącza możliwość zastosowania art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej jako podstawy regulacyjnych kompetencji Dyrektora Ośrodka w odniesieniu do sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku, tym bardziej, że ustawa o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób stanowi lex specialis w stosunku do ustawy o działalności leczniczej. Regulamin jest więc pozbawiony podstawy ustawowej także w tym zakresie, w jakim odnosi się do świadczeń zdrowotnych. Brak podstawy prawnej do jego wydania pozbawia regulamin przymiotów aktu normatywnego;

3) akt prawa wewnętrznego podlega obligatoryjnemu ogłoszeniu w organie publikacyjnym, o ile obowiązek ogłoszenia nie został ustawowo wyłączony; regulamin jednak nie został ogłoszony w organie publikacyjnym, mimo braku wyłączenia obowiązku ogłoszenia;
4) akt prawa wewnętrznego nie może być podstawą decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów i nie może działać na zewnątrz; jednakże regulamin zawiera postanowienia nie odpowiadające temu ograniczeniu.

A zatem opiniowany regulamin jest aktem usytuowanym poza konstytucyjnie legitymowanym systemem źródeł prawa, co oznacza, że jest w całości niezgodny z art. 7 Konstytucji RP, w myśl którego organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Na podstawie opiniowanego regulaminu nie mogą być podejmowane jakiekolwiek legalne działania kierownika Ośrodka. Może on natomiast działać na podstawie relewantnych przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym powołanej ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz rozporządzenia w sprawie szczegółowych warunków i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom umieszczonym w Ośrodku. Ewentualne zastosowanie regulaminu na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej – w myśl którego sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika – mogłoby mieć miejsce jedynie wobec pracowników Ośrodka i tylko w zakresie, w jakim nie wywołuje to skutków w stosunku do osób umieszczonych w Ośrodku. Art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej odnosi się do medycznych aspektów tej działalności, na co wskazuje art. 24 tej ustawy wskazujący czego „w szczególności" ma dotyczyć regulamin podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zawarte w art. 31 ust. 3 Konstytucji wymaganie, zgodnie z którym ograniczenia praw i wolności mogą być określone „tylko w ustawie" nie może być w żadnym razie rozumiane w ten sposób, że do jego spełnienia wystarczy zamieszczenie w ustawie słów „w szczególności" rozumianych jako umocowanie do kreowania ograniczeń wprawdzie w ustawie niewymienionych, lecz odpowiadających woli ograniczającego jako regulaminodawcy.

Opiniowany regulamin stanowi jednak od lat często zmienianą podstawę działalności Ośrodka, akceptowaną przez kompetentne władze publiczne, co pozwala uznać ten regulamin za sui generis funkcjonalne „prawo faktyczne" – akt nie będący prawem w konstytucyjnym znaczeniu tego pojęcia, lecz spełniający funkcje przypisywane prawu i egzekwowalny przy zastosowaniu przymusu państwowego. Praktyka polegająca na tym, że w warunkach obowiązywania ustawy i rozporządzenia uznaje się za podstawę ograniczania praw i wolności obywateli przez stosującą przymus władzę akt pozaprawny, przez tę władzę tworzony i realizowany na zasadzie faktycznego obowiązywania, jest niezgodna z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w myśl którego tego rodzaju ograniczenia można wprowadzić „tylko w ustawie".

2. Status prawny osób umieszczonych w Ośrodku

W Ośrodku przebywają osoby określane w ustawie jako „stwarzające zagrożenie", co nie oznacza zaliczenia tych osób do kategorii wyjętych spod prawa, ponieważ Konstytucja RP nie przewiduje takiej możliwości. Przeciwnie, w myśl art. 37 ust. 1 Konstytucji RP „Kto znajduje się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności i praw zapewnionych w Konstytucji". Osoby przebywające w Ośrodku bez wątpienia znajdują się „pod władzą" Rzeczypospolitej, a to oznacza, że przysługuje im podstawowe prawo człowieka, jakim jest prawo do prawa „zapewnionego w Konstytucji". Osoby te nie przybyły do Ośrodka dobrowolnie, lecz zostały tam „umieszczone" (art. 3 ustawy). Ustawa służy także temu, by osoby w Ośrodku „umieszczone nie opuściły go i nie oddaliły się samowolnie" (art. 6 ust. 2 ustawy). Są to więc osoby pozbawione wolności, ale w myśl Konstytucji nie są one pozbawione praw „zapewnionych" w ustawie zasadniczej.

Podstawowym prawem zapewnionym w Konstytucji jest prawo do przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, która jest źródłem praw i wolności człowieka i obywatela (art. 30 Konstytucji RP). Prawo to nie może być ograniczone nawet w stanach nadzwyczajnych, w tym w czasie stanu wojennego i wyjątkowego (art. 233 Konstytucji RP).

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego znalazł wyraz pogląd, że „ograniczenia pewnych praw mogą być wprowadzane ze względu na dobro wspólne", jednak godność człowieka „może wyznaczać dopuszczalną konstytucyjnie miarę ingerowania w dobra osobiste jednostki ze względu na interes wspólny. Nigdy ochrona interesu wspólnego, nawet najbardziej ewidentnego, nie może przybierać postaci, która polegałaby na naruszeniu niezbywalnej godności człowieka"[11]. Jeśli więc celem ustawy jest ochrona społeczeństwa przed „osobami stwarzającymi zagrożenie" (art. 1 ustawy) podejmowana ze względu na dobro wspólne, to wzgląd ten nie legitymizuje zorganizowania ochrony w sposób naruszający godność wymienionych osób.

W myśl orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego należy odróżniać „dwa wymiary konstytucyjnie gwarantowanej godności człowieka, które znajdują swoje oparcie w art. 30 Konstytucji"[12]. Do pierwszego wymiaru znaczeniowego należy „godność człowieka jako wartość transcendentna, pierwotna wobec innych praw i wolności człowieka (dla których jest źródłem), przyrodzona i niezbywalna – towarzyszy człowiekowi zawsze i nie może być naruszona ani przez prawodawcę, ani przez określone czyny innych podmiotów. W tym znaczeniu człowiek zawsze zachowuje godność i żadne zachowania nie mogą go tej godności pozbawić, ani jej naruszyć"[13]. W drugim znaczeniu „godność człowieka występuje jako „godność osobowa" najbliższa temu, co może być określane prawem osobistości, obejmującym wartości życia psychicznego każdego człowieka oraz te wszystkie wartości,

---

[11] Tak Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 17/05. Por. także M. Piechowiak: uwagi do art. 1, w: M. Safjan, L. Bosek, red.: Konstytucja RP. Komentarz, Warszawa 2016, t. I, s. 201.

[12] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 7/01. Por. także: A. Redelbach: Natura praw człowieka. Strasburskie standardy ich ochrony, Toruń 2001, s. 218 i n.; F. Mazurek, Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka, Lublin 2001

[13] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 7/01.

które określają podmiotową pozycję jednostki w społeczeństwie i które składają się, według powszechnej opinii, na szacunek należny każdej osobie. Oczywiście, jedynie godność w tym drugim znaczeniu może być przedmiotem naruszenia, może być «dotknięta» przez zachowania innych osób oraz regulacje prawne”[14]. Konstytucja chroni osoby znajdujące się w Ośrodku przed tego rodzaju naruszeniami wykluczając ich legitymizację w jakiejkolwiek formie.

W świetle stanowiska doktryny art. 37 ust. 1 Konstytucji oznacza, że prawa i wolności przysługują każdemu podlegającemu jurysdykcji państwa w jednakowym zakresie i na tych samych warunkach. Przepis ten ustanawia domniemanie powszechności praw jednostki, a zatem w razie „wątpliwości co do zakresu podmiotowego danego prawa wynikających z jego nieprecyzyjnego sformułowania należy przyjąć, że prawo to przysługuje każdemu”[15].

Oznacza to w szczególności prawo do tego, by ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności były dokonywane na zasadach określonych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, według którego „Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. Osoby umieszczone w Ośrodku mają prawo do tego, by konstytucyjnie dopuszczalne ograniczenia ich wolności i praw były określone w ustawie. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wskazano, że „W odniesieniu do sfery wolności i praw człowieka zastrzeżenie wyłącznie ustawowej rangi unormowania ich ograniczeń należy pojmować dosłownie, z wykluczeniem dopuszczalności subdelegacji”[16]. W orzecznictwie tym znalazł jednak także wyraz pogląd, że „Konstytucyjna zasada wyłączności ustawy w sferze praw człowieka nie wyklucza przekazywania pewnych spraw związanych z urzeczywistnieniem wolności i praw konstytucyjnych do unormowania w drodze rozporządzeń”[17]. W doktrynie stwierdzono, że w rozporządzeniach i w innych aktach normatywnych podustawowych powinny być zamieszczane jedynie sprawy o charakterze technicznym lub ulegające częstym zmianom, względnie takie, które mają niewielkie znaczenie z punktu widzenia interesów państwa i obywatela[18]. Tak w świetle orzecznictwa, jak i doktryny, konstytucyjne prawo do prawa osób umieszczonych w Ośrodku wymaga, by rozwiązania prawne ingerujące w ich wolności i prawa były określone w ustawie. Akty podustawowe, spełniające stawiane im wymagania konstytucyjne, mogą jedynie dopełniać rozstrzygnięcia ustawowe w tym mniejszym zakresie, im bardziej miałyby one ingerować w sferę wolności i praw. W żadnym razie roli aktu podustawowego, o którym mowa, nie może pełnić akt „prawa faktycznego”, jakim jest regulamin Ośrodka.

---

[14] Ibidem.

[15] Por. M. Florczak-Wątor: uwagi do art. 37, w: M. Safjan, L. Bosek, red.: op. cit., s. 916.

[16] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. U 5/97.

[17] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. P 10/02.

[18] Por. M. Szydło: uwagi do art. 31, w: M. Safjan, L. Bosek, red.: op. cit., s. 781 i powołana tam literatura,

W myśl art. 37 ust. 2 Konstytucji RP wyjątki od zasady powszechności korzystania z konstytucyjnych praw i wolności odnoszące się do cudzoziemców „określa ustawa". Skoro oznacza to, że „nie można domniemywać wyłączenia cudzoziemców z zakresu podmiotowego danego prawa lub wolności, bowiem wyłączenie takie wymaga wyraźnej decyzji ustawowej"[19], to tym bardziej nie można domniemywać wyłączenia obywateli z zakresu przysługujących im praw. Z takim domniemaniem mamy jednak do czynienia w przypadku uznania, że kierownik Ośrodka może kreować tego rodzaju wyłączenia w drodze domniemania, ponieważ stanowiony przez niego regulamin ma, w myśl art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej „w szczególności" dotyczyć wymienionych w tym przepisie zagadnień. W takim razie może również dotyczyć zagadnień, które nie zostały wymienione, a więc choćby ograniczenia wolności i praw osób przebywających w Ośrodku.

Należy także podkreślić, że brak regulacji ustawowej nie wyłącza obowiązywania Konstytucji ani prawa międzynarodowego, zwłaszcza gdy niedopuszczalność ograniczenia prawa i wolności wynika z umowy międzynarodowej mającej pierwszeństwo przed postanowieniami ustawy, co ma miejsce w przypadku osób przebywających w Ośrodku. Wyższa moc prawna umowy międzynarodowej wyklucza ustawową ingerencję w jej postanowienia[20].

Prawo przebywających w Ośrodku do prawa oznacza, że znajdują wobec nich pełne zastosowanie art. 40 i art. 41 Konstytucji RP.

Zgodnie z art. 40 Konstytucji „Nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych". Według Trybunału Konstytucyjnego w przepisie tym występuje pewien ciąg określeń, wykluczających wiele zachowań ludzkich, określeń bliskoznacznych, z wyraźną intencją uczynienia nielegalnymi zachowań wymierzonych przeciwko samej naturze człowieka i tym samym jego godności[21].

W myśl art. 41 ust. 4 Konstytucji „Każdy pozbawiony wolności powinien być traktowany w sposób humanitarny". Według Trybunału Konstytucyjnego traktowanie „humanitarne" obejmuje coś więcej niż tylko niestosowanie tortur i zakaz traktowania okrutnego, nieludzkiego i poniżającego, o którym mowa w art. 40 Konstytucji. Traktowanie humanitarne „musi uwzględniać minimalne potrzeby każdego człowieka, z uwzględnieniem przeciętnego poziomu życia w danym społeczeństwie, i wymaga od władzy publicznej pozytywnych działań w celu zaspokojenia tych potrzeb"[22].

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, prawo do traktowania humanitarnego, o którym mowa w art. 40 i art. 41 ust. 4 Konstytucji, „jako jedno z niewielu praw obywatelskich ma charakter

[19] Por. M. Florczak-Wątor: op. cit., s. 916.

[20] Tak M. Wyrzykowski: Granice praw i wolności – granice władzy, w: B. Oliwa-Radzikowska, red.: Obywatel – jego wolności i prawa, Warszawa 1998, s. 58.

[21] Tak Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie SK 25/07. Por. także P. Sarnecki: uwagi do art. 40, w: L. Garlicki, red.: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2003, s. 1.

[22] Tak Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku w sprawie SK 25/07.

absolutny i nie może być w żadnych warunkach ograniczone. Z tego też względu wzorce kontroli wyrażone w art. 40 i art. 41 ust. 4 Konstytucji nie mogą być łączone z wzorcem art. 31 ust. 3 Konstytucji, który określa warunki i granice ograniczania konstytucyjnych praw i wolności. Łączenie zatem zasady, która nie podlega ograniczeniom, z postanowieniem, które wskazuje na możliwości ograniczeń, jest niedopuszczalne"[23]. Oznacza to, że prawo osób przebywających w Ośrodku do traktowania humanitarnego, o którym mowa w art. 40 i art. 41 ust. 4 Konstytucji, nie może być w zgodzie z Konstytucją ograniczone w regulaminie Ośrodka, ponieważ nie może być ograniczone nawet w ustawie, skoro tego rodzaju ograniczenie jest niedopuszczalne nawet, gdyby było ono zgodne z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Specyfika statusu prawnego osób umieszczonych w Ośrodku polega na tym, że ich prawo do godności oraz prawo do traktowania humanitarnego nie może być w zgodzie z Konstytucją ograniczone w regulaminie, nawet gdyby spełniał on konstytucyjne wymagania stawiane normatywnym aktom podustawowym.

3. Naruszenia Konstytucji RP przez przepisy regulaminu

Pozaprawny charakter regulaminu jako „prawa faktycznego" powoduje, że jest on w całości niezgodny z art. 2 w związku z art. 7 Konstytucji RP. Wolności i prawa obywateli demokratycznego państwa prawnego nie mogą być regulowane aktem pozbawionym należytego umocowania w obowiązującym porządku prawnym. Władze publiczne działają – w myśl art. 7 Konstytucji RP – na podstawie i w granicach prawa, a nie na podstawie i w granicach własnej woli. Jednakże kierownik Ośrodka ustanawia i zmienia przepisy regulaminu odnoszące się do praw i wolności jednostki niezależnie od wymagań Konstytucji RP i umów międzynarodowych oraz ustaw. W świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego środki stosowane w demokratycznym państwie prawnym nie mogą prowadzić „do erozji fundamentów tego państwa, do których należy zaliczyć godność ludzką z jednej strony i unikanie arbitralności w działaniu władz – z drugiej"[24]. Środki, którymi posługuje się władza „powinny być godne państwa określanego jako demokratyczne i prawne"[25].

Przepisy regulaminu naruszają prawo do godności (art. 30 Konstytucji RP) i zawierają rozwiązania nieproporcjonalne (naruszenie art. 2 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP). Dotyczy to w szczególności par. 1 pkt 4, w myśl którego w Ośrodku „nie są udzielane przepustki" z żadnego powodu. Uniemożliwienie umieszczonym w Ośrodku czasowego opuszczenia go, chociażby pod eskortą, w celu udziału w niepowtarzalnych a doniosłych dla nich wydarzeniach, narusza ich godność w sposób nieproporcjonalny.

[23] Ibidem.

[24] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 32/04.

[25] Ibidem.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego znajduje wyraz przekonanie, że w procesie ograniczania wolności i praw chodzi o zastosowanie środków „niezbędnych (koniecznych) w tym sensie, że będą one chronić określone wartości w sposób, bądź w stopniu, który nie mógłby być osiągnięty przy zastosowaniu innych środków, a jednocześnie winny to być środki jak najmniej uciążliwe dla podmiotów, których prawo bądź wolność ulegają ograniczeniu”[26].

Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie podkreślał, że model państwa demokratycznego wymaga zachowania zasady proporcjonalności. Test proporcjonalności wymaga „udzielenia odpowiedzi na trzy pytania: 1) czy wprowadzona regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków, 2) czy regulacja ta jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest powiązana, 3) czy efekty wprowadzonej regulacji pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela”[27]. Par. 1 pkt 4 nie jest niezbędny do ochrony społeczeństwa przed zachowaniami dyssocjalnymi, a efekty tej regulacji (zakaz udzielania przepustek) nie pozostają w proporcji do nakładanego ciężaru, związanego z immanentnym ryzykiem pozbawienia poczucia godności.

Według Trybunału Konstytucyjnego zasada proporcjonalności „łączy się z zakazem nadmiernej ingerencji w sferę praw i wolności konstytucyjnych jednostki. Przy ocenie, czy zakaz nadmiernej ingerencji został naruszony, tzn. czy ingerencja była wyrazem konieczności i została przeprowadzona tylko w koniecznym wymiarze, uwzględnia się specyfikę poszczególnych praw i wolności; surowsze standardy dotyczą tu praw osobistych i politycznych niż ekonomicznych i socjalnych”[28]. W przypadku par. 1 pkt 4 mamy do czynienia z ingerencją w sferę wolności osobistych, a mianowicie w wolność poruszania się (art. 52 ust. 1 Konstytucji RP). Ingerencja ta jest nadmierna i z tego względu niezgodna z Konstytucją.

Specyfika Ośrodka implikuje zasadnicze ograniczenie prawa do prywatności (art. 47 Konstytucji). Jednakże par. 15 regulaminu zawiera rozwiązania nieproporcjonalne i arbitralne, a z tego względu niezgodne z art. 2 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Dotyczy to uprawnienia personelu Ośrodka do przeprowadzania w każdym czasie kontroli „sali pacjenta i przedmiotów przez niego posiadanych” (par. 15 pkt 1) oraz dopuszczenia możliwości całkowicie uznaniowego „uszkodzenia kontrolowanych przedmiotów w niezbędnym zakresie” (par. 15 pkt 3), a także „zatrzymania i umieszczenia w depozycie” przedmiotów, których „pacjent nie może posiadać” (par. 15 pkt 4). Przepis ten nie tylko jest niezgodny z art. 47 Konstytucji, ale także z art. 64 ust. 1 Konstytucji, który chroni prawo własności i inne prawa majątkowe, a zatem prawo do posiadania rzeczy. Par. 15 regulaminu dopuszcza arbitralne nadużywanie uprawnień przez personel Ośrodka w stopniu stwarzającym zagrożenie dla godności umieszczonego, w skrajnym przypadku umożliwiając jego szykanowanie.

---

[26] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 33/99.

[27] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 32/04.

[28] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn, K 9/95.

Należy podkreślić, że Aneks nr 1 do regulaminu stanowi, że w par. 15 regulaminu „wprowadza się pkt 5", zgodnie z którym kontrolę „sali pacjenta i przedmiotów przez niego posiadanych przeprowadza się na pisemne zarządzenie Kierownika, na które przysługuje zażalenie do Sądu Okręgowego w Płocku". Nie jest w związku z tym jasne, czy dotychczasowy pkt 5 (określany jako pkt 5), dotyczący wysyłania listów poleconych, traci moc i zostaje zastąpiony przez wprowadzany w Aneksie nr 1 „punkt 5", czy też dotychczasowy pkt 5 staje się punktem 6 w par. 15. Wprowadzany „punkt 5" może ograniczyć arbitralizm kontroli sali i rzeczy pacjenta przez poddanie zarządzenia w tym przedmiocie ocenie sądu. Jednak zażalenie na zarządzenie Kierownika nie wstrzymuje kontroli.

W świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego „wszelkie prawa i wolności konstytucyjne jednostki wywodzą się z godności. W wypadku prywatności (która – na poziomie konstytucyjnym – jest chroniona wieloaspektowo, poprzez kilka praw i wolności – por. art. 47–51) związek ten jest szczególny, jakkolwiek nie taki sam w wypadku każdej z tych konstytucyjnych wolności i praw. Zachowanie przez człowieka godności wymaga bowiem poszanowania jego sfery czysto osobistej, gdzie nie jest narażony na konieczność „bycia z innymi" czy „dzielenia się z innymi" swoimi przeżyciami czy doznaniami o intymnym charakterze. Dlatego sfera prywatna jest zbudowana z różnych kręgów w mniejszym lub większym stopniu otwartych (prawnie) na oddziaływanie zewnętrzne, gdzie konstytucyjna aprobata dla władczego wkroczenia przez władzę nie jest jednakowa. Dzieje się tak dlatego, że konieczna w demokratycznym państwie potrzeba wkroczenia w różne kręgi prywatności nie jest dla każdego kręgu taka sama"[29]. Ingerencje w sferę prywatności przewidziane w regulaminie dotyczą sfer, w których oddziaływanie zewnętrzne nie znajduje konstytucyjnej aprobaty.

Niezgodny z art. 53 ust. 2 i 5 Konstytucji RP w związku z art. 47 Konstytucji RP jest par. 2 pkt 1 g regulaminu, w myśl którego osoba umieszczona w Ośrodku ma prawo do „wykonywania praktyk religijnych, przy obecności pracownika ochrony". Jednakże art. 53 ust. 2 Konstytucji stanowi, że wolność religii obejmuje wolność jej „uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie", a więc nie wyłącznie przy obecności innej osoby. Wolność ta „może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób". Jednak brak ustawowej podstawy do ograniczenia wolności religii osób umieszczonych w Ośrodku. Dotyczy to zwłaszcza spowiedzi. Odbywanie praktyk religijnych w przymusowej obecności innej osoby jest naruszeniem prawa do godności (art. 30 Konstytucji).

Art. 49 Konstytucji zapewnia wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ograniczenie tych wolności „może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony". Przepisy regulaminu nie stanowią wystarczającej podstawy do ingerencji w wolność

---

[29] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 32/04.

i ochronę tajemnicy komunikowania się. Dotyczy to tych przepisów, które traktują jako przywilej posiadanie „przez pacjenta telefonu komórkowego" (par. 8 pkt 7 i 7c oraz 8c w Aneksie nr 1), „wykonywania kontaktów telefonicznych" (par. 12 pkt 7 oraz par.12 pkt 5a). Przepisy te są zatem niezgodne z art. 49 Konstytucji RP. Są one także niezgodne – tak, jak regulamin w całości – z art. 7 Konstytucji, w myśl którego organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa.

Przepisy regulaminu przyznające kierownikowi Ośrodka prawo karania pacjentów nie stanowią wystarczającej podstawy dla istnienia tego prawa. Kierownik Ośrodka ustanawia prawo obowiązujące jego samego i pacjentów podlegających terapii w kierowanym przez niego Ośrodku. Zasadniczo niezgodne z regułami porządku publicznego w demokratycznym państwie prawnym jest połączenie stanowienia i stosowania przepisów ograniczających wolności i prawa jednostek w obrębie tego samego podmiotu, jakim jest Kierownik Ośrodka. Regulamin jest niezgodny z art. 2 Konstytucji RP w zakresie, w jakim par. 2 pkt. 1 tego regulaminu, określający prawa pacjentów przebywających w Ośrodku, nie przewiduje możliwości zwracania się przez pacjentów do ich Rzecznika, nie będącego pracownikiem Ośrodka podległym kierownikowi.

Określone w regulaminie uprawnienia kierownika Ośrodka ograniczające prawa i wolności pacjentów i przewidujące możliwość ich karania są niezgodne z art. 2 Konstytucji RP, ponieważ zostały sformułowane w sposób umożliwiający ich szeroką interpretację. Dotyczy to par. 3 pkt 2 regulaminu (kierownik „może odmówić zgody lub cofnąć zgodę na określony sposób kontaktu lub kontaktu z określonymi osobami, jeżeli kontakt taki może spowodować wzrost zagrożenia niebezpiecznymi zachowaniami ze strony pacjenta albo zakłócić prowadzone postępowanie terapeutyczne"), par. 8 pkt 6 b („przywilej posiadania sprzętu (...) może zostać cofnięty przez Kierownika Ośrodka"), par. 8 pkt 7c („przywilej posiadania przez pacjenta telefonu komórkowego może zostać cofnięty przez Kierownika Ośrodka"), par. 12 pkt 7 („przyznanie przywileju do wykonywania kontaktów telefonicznych może być cofnięte pacjentowi przez Kierownika Ośrodka"), par. 15 pkt 4 („Znalezione w czasie kontroli przedmioty, których pacjent nie może posiadać, podlegają zatrzymaniu i umieszczeniu w depozycie".), par. 18 pkt 2 („Przyznanie przywileju do wykonywania zakupów może być cofnięte pacjentowi przez Kierownika Ośrodka z powodu nagannych zachowań"). Należy podkreślić, że zamiast zdefiniowania nagannych zachowań przez wskazanie na naruszanie regulaminu, zastosowano formułę odsyłającą do swobodnego uznania kierownika, co jest nagannym zachowaniem w Ośrodku.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego znalazł wyraz pogląd, że sformułowanie przepisów ograniczających wolności i prawa „w sposób niejasny, nieprecyzyjny, umożliwiający bardzo szeroką interpretację, stanowi naruszenie zasad przyzwoitej legislacji"[30]. Według Trybunału Konstytucyjnego w rozpatrywanym kontekście zasady poprawnej legislacji „dadzą się sprowadzić

[30] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. SK 25/07.

do trzech założeń. Po pierwsze, każda regulacja ograniczająca konstytucyjne wolności lub prawa powinna być sformułowana w taki sposób, aby możliwe było jednoznaczne ustalenie podmiotu uprawnionego do stosowania ograniczeń”[31]. Opiniowany regulamin odpowiada temu założeniu. Ponadto „przepis powinien być precyzyjny w takim stopniu, by gwarantował jednolitą wykładnię i stosowanie”[32]. Tego wymagania przepis regulaminu nie spełnia ze względu na brak należytej określoności. Po trzecie – zdaniem Trybunału – przedmiotowy przepis ograniczający wymaga „takiego ujęcia, aby zakres jego zastosowania obejmował wyłącznie te sytuacje, w których działający racjonalnie ustawodawca rzeczywiście dopuszczał ograniczenia w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw”[33]. Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego „warunek jasności przepisu oznacza obowiązek tworzenia unormowań klarownych i zrozumiałych dla ich adresatów. Niejasność przepisów należy uznać za wyraz niedostatecznej troski ustawodawcy o podmiotowe traktowanie adresatów prawa”[34].

Regulamin – we wskazanym wyżej zakresie – nie spełnia wymagań dotyczących jasności i jednoznaczności przez użycie zwrotów niedookreślonych, a zatem jest niezgodny z art. 2 Konstytucji.

Wymienione przepisy regulaminu, ograniczające wolności i prawa pacjentów, są niezgodne z art. 2 Konstytucji RP.

Przepis par. 2 regulaminu jest niezgodny z art. 2 Konstytucji RP w związku z art. 41 ust. 4 Konstytucji RP w zakresie, w jakim nie ustala prawa pacjentów Ośrodka do określonej powierzchni mieszkalnej. Jest to prawo o podstawowym znaczeniu, zwłaszcza z punktu widzenia szans terapii. W myśl art. 41 ust. 4 Konstytucji RP każdy pozbawiony wolności powinien być traktowany w sposób humanitarny, a jak już wspomniano prawo do humanitarnego traktowania nie może być ograniczone. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego wskazano, że „traktowanie „humanitarne” obejmuje coś więcej niż tylko niestosowanie tortur i zakaz traktowania okrutnego, nieludzkiego i poniżającego, o którym mowa w art. 40 Konstytucji. Traktowanie humanitarne musi uwzględniać minimalne potrzeby każdego człowieka, z uwzględnieniem przeciętnego poziomu życia w danym społeczeństwie, i wymaga od władzy publicznej pozytywnych działań w celu zaspokojenia tych potrzeb”[35]. Trybunał Konstytucyjny uznał – w wyroku w sprawie o sygn. SK 25/07 – że osadzenie w celi, gdzie powierzchnia przypadająca jednemu więźniowi jest mniejsza niż trzy metry kwadratowe stanowi, co do zasady, niehumanitarne traktowanie. Należy jednak pamiętać, że umieszczeni w Ośrodku są pozbawieni wolności, ale nie są więźniami. Celem ich pobytu w Ośrodku jest terapia.

Oceniając zgodność regulaminu z Konstytucją w zakresie, w jakim nie ustala on prawa pacjentów do określonej powierzchni mieszkalnej, a także oceniając zgodność regulaminu z Konstytucją

---

31 Ibidem.
32 Ibidem.
33 Ibidem.
34 Ibidem.
35 Ibidem.

w zakresie, w jakim odnosi się on do pozostałych potrzeb pacjentów, należy pamiętać, że Trybunał Konstytucyjny, interpretując treść postanowień konstytucyjnych, wykorzystuje przepisy Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz *acquis humanitaire*, ukształtowane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka na podstawie art. 3 Konwencji, który stanowi „Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu". Orzecznictwo Trybunału dotyczy warunków więziennych, ale są one rodzajowo zbieżne z sytuacją umieszczonych w Ośrodku. W orzecznictwie tym znajduje wyraz wymaganie, by w pomieszczeniach zapewnić przestrzeń pozwalającą pozbawionemu wolności „korzystać z podstawowej prywatności w życiu codziennym" (wyrok ETPC z 27 stycznia 2009 r. w sprawie Ramishvili i Kokheridze przeciwko Gruzji, nr 1704/06, par. 86).

Traktowanie nieludzkie zostało określone jako złe traktowanie, które jest: zamierzone, stosowane nieprzerwanie przez dłuższy czas i spowodowało u ofiary obrażenia ciała albo intensywne cierpienie fizyczne lub psychiczne. ETPC uznał, że samo długotrwałe przebywanie w przepełnionych celach, w warunkach uwłaczających ludzkiej godności, stanowi wystarczającą przesłankę uznania naruszenia art. 3 Konwencji w postaci traktowania poniżającego (zob. wyroki ETPC: z 20 stycznia 2005 r., Mayzit przeciwko Rosji, nr 63378/00, z 9 marca 2006 r., Cenbauer przeciwko Chorwacji, nr 73786/01 oraz z 28 marca 2006 r., Melnik przeciwko Ukrainie, nr 72286/01). Jednocześnie w orzecznictwie podkreślano, że cierpienie i poniżenie muszą wykraczać poza nieunikniony ich element związany z daną formą, zgodnego z prawem, traktowania lub karania (zob. wyroki ETPC: z 25 kwietnia 1978 r., Tyrer przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, nr 5856/72; Goering przeciwko Zjednoczonemu Królestwu, nr 161/1989). Oceniając warunki uwięzienia, Trybunał uwzględniał skumulowany efekt tych warunków, a także specyficzne zarzuty podniesione przez skarżącego (zob. wyrok ETPC z 15 lipca 2002 r., Kałasznikow przeciwko Rosji, nr 47095/99). Warunki, na które skarżyli się więźniowie przebywający w przeludnionych celach, nie ograniczają się do samego nieprzestrzegania metrażu.

W sprawach rozpatrywanych przez ETPC najczęściej zwracano uwagę na: złe warunki sanitarne, niehigieniczność i brak prywatności przy korzystaniu z urządzeń sanitarnych, permanentną niemożliwość zaspokojenia potrzeby snu spowodowaną niewystarczającą liczbą łóżek, jak i nieustannie zapalonym światłem czy panującym hałasem, niedostateczne oświetlenie uniemożliwiające czytanie, złą wentylację cel, szczególnie uciążliwą dla osób niepalących osadzonych z palącymi, warunki prowadzące do rozprzestrzeniania się chorób bądź brak możliwości leczenia, brak lub niedostateczna długość spacerów i ćwiczeń fizycznych, brak sal rekreacyjnych, telewizyjnych i czytelni[36].

---

[36] Por. uzasadnienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie o sygn. SK 25/07. Por. także L. Garlicki, red.: Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Warszawa 2010, t. I, s. 123.

W orzecznictwie ETPC przyjmuje się, że w przypadku osób, u których występują zakłócenia równowagi psychicznej, znacznie łatwiej spowodować naruszenie art. 3 Konwencji[37].

Także w orzecznictwie[38] Sądu Najwyższego znalazł wyraz pogląd, że osadzenie skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności w przeludnionych celach, przy braku oddzielenia urządzeń sanitarnych od reszty pomieszczenia i niezapewnieniu wszystkim skazanym osobnego miejsca do spania, stanowi naruszenie dóbr osobistych: godności oraz prawa do prywatności i może rodzić odpowiedzialność Skarbu Państwa na podstawie art. 24 i art. 448 k.c.

Zastosowanie perspektywy *acquis humanitaire*, która w niniejszej opinii może być zarysowana jedynie skrótowo, do oceny zgodności regulaminu z Konstytucją RP, prowadzi do wniosku, że niekonstytucyjne postanowienia regulaminu sprowadzają ryzyko traktowania niehumanitarnego, co jest zasadniczo sprzeczne z terapeutycznymi celami umieszczenia w Ośrodku. Powodzenie prowadzenia terapii wobec osób tam umieszczonych wymaga odbudowy ich człowieczeństwa. Przepisy regulaminu sprowadzając zagrożenie godności pacjentów, zmniejszają szanse terapii, a więc naruszają ich prawo do ochrony zdrowia.

Szanse powodzenia postępowania terapeutycznego zmniejsza również brak w regulaminie przepisów potwierdzających status umieszczonych w Ośrodku jako pacjentów w taki sposób, który chroniłby bezpieczeństwo publiczne nie redukując skuteczności zabiegów leczniczych. Dotyczy to zwłaszcza ustalenia w regulaminie prawa do: minimalnej powierzchni mieszkalnej przeznaczonej dla jednego pacjenta w sali pacjenta, spaceru i zajęć sportowych oraz gimnastyki w sali rekreacyjnej, niezależnie od programu terapii, korzystania z czytelni książek, czasopism i gazet oraz posiadania własnych książek, przebywania w sali mieszkalnej pacjenta ze stałym dostępem świeżego powietrza, kopiowania za odpłatnością akt sądowych dotyczących pobytu pacjenta w Ośrodku; zwracania się przez pacjentów w swoich sprawach do Rzecznika Praw Pacjentów Ośrodka, który nie jest pracownikiem Ośrodka podległym Kierownikowi Ośrodka. Korzystanie z tych praw przez pacjentów Ośrodka służyłoby jego celom.

Jak stwierdził Trybunał Konstytucyjny władze publiczne mają obowiązek „rzeczywistego zapewnienia” prawa obywateli, które „nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne”[39]. W odniesieniu do systemu świadczeń leczniczych wynika stąd wymaganie, by system ten – jako całość – był efektywny. Dotyczy to także systemu prowadzenia postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

W dotychczasowym orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego znalazł wyraz pogląd, że stworzenie instytucji publicznej „w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie”

---

[37] Por. L. Garlicki: op. cit., s. 124.

[38] Por. wyrok Sądu Najwyższego z 28 lutego 2007 r. (sygn. akt V CSK 431/06, Biuletyn SN 2007/6/15).

[39] Tak w uzasadnieniu wyroku w sprawie o sygn. K 14/03.

narusza „zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli”[40]. Trybunał Konstytucyjny, dokonując oceny konkretnej instytucji publicznej utworzonej ustawą[41], sformułował tym samym przesłanki oceny zgodności z ustawą zasadniczą także innych instytucji publicznych, na co wyraźnie wskazano w uzasadnieniu powoływanego wyroku, a więc w szczególności instytucji publicznych funkcjonujących w systemie przewidującym stosowanie terapii w ramach Ośrodka będącego podmiotem leczniczym podległym ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (art. 5 ustawy).

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego „rzetelność i sprawność działania instytucji publicznych w szczególności zaś tych instytucji, które zostały stworzone w celu realizacji i ochrony praw gwarantowanych przez Konstytucję, należy do wartości mających rangę konstytucyjną. Wynika to jasno z tekstu wstępu do Konstytucji (tzw. preambuły), w którym jako dwa główne cele ustanowienia Konstytucji wymieniono: zagwarantowanie praw obywatelskich oraz zapewnienie rzetelności i sprawności działania instytucji publicznych”. Można zatem oceniać, „czy przepisy normujące działalność tych instytucji zostały ukształtowane w sposób umożliwiający ich rzetelne i sprawne działanie. Przepisy, których treść nie sprzyja rzetelności lub sprawności działania instytucji mających służyć ochronie praw konstytucyjnych stanowią zarazem naruszenie tych praw, a tym samym uzasadnione jest ich uznanie za niezgodne z Konstytucją”[42]. Powinnością władzy publicznej, wynikającą z art. 68 ust. 1 Konstytucji, jest zagwarantowanie obywatelom prawa do ochrony zdrowia, na warunkach i w zakresie określonych przez ustawodawcę, który jednak ma obowiązek respektowania w najwyższym możliwym stopniu reguł konstytucyjnych.

A zatem kwestionowane w opinii przepisy regulaminu są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że, tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Powodzenie podejmowanych w Ośrodku działań terapeutycznych zależy od tego, w jakiej mierze warunki organizacyjne realizacji tych działań, służące ochronie bezpieczeństwa i porządku publicznego, nie zniweczą rezultatów terapii i nie spowodują, że w przypadku żadnego pacjenta nie będzie ona uwieńczona powodzeniem w postaci zakończenia jego pobytu w Ośrodku. Te przepisy regulaminu, które uniemożliwiają podmiotowi leczniczemu prowadzenie działalności leczniczej zawierając rozwiązania niezgodne z Konstytucją RP, a także te, które uniemożliwiają tę działalność, ponieważ pomijają regulacje warunkujące jej powodzenie,

---

40 Tak w sentencji wyroku w sprawie o sygn. K 14/03.

41 Trybunał w szczególności stwierdził niezgodność z Konstytucją przepisów ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391 ze zm.).

42 Ibidem.

sprowadzają ryzyko nieskuteczności terapii i przez to tworzą instytucję pozbawioną zdolności do funkcjonowania zgodnego z zasadą rzetelności i sprawności działania instytucji publicznych ustanowioną we wstępie do Konstytucji RP. Godzi to w prawo do ochrony zdrowia gwarantowane pacjentom Ośrodka jako podmiotu leczniczego, a nie instytucji prewencyjnej o charakterze penitencjarnym.

Z powyższych względów należy uznać tezy opinii za uzasadnione.

Ewa Dawidziuk

Warunki pobytu w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym

I. Wprowadzenie

Celem zobrazowania warunków panujących w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie (dalej: KOZZD lub Ośrodek), w niniejszym rozdziale zostaną opisane wyniki wizytacji tego podmiotu leczniczego. Zostały one przeprowadzone zarówno przez przedstawicieli RPO z Zespołu do spraw Wykonywania Kar (autorka brała w nich kilkukrotnie udział), jak i Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur[1] (dalej: KMPT). Ośrodek wizytował również Europejski Komitet do spraw zapobiegania torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (CPT), w ramach wizytacji okresowej przeprowadzonej w Polsce w dniach 11–22 maja 2017 r. Ponadto, należy odnotować kontrole sędziego wizytatora z Sądu Okręgowego w Płocku, któremu podlega Ośrodek. Są one przeprowadzane każdego roku bądź częściej, w przypadku konieczności zbadania ad hoc indywidualnej sprawy. KOZZD był także osobiście wizytowany przez Rzecznika Praw Obywatelskich – dr. hab. Adama Bodnara, jego Zastępczynię – dr Hannę Machińską, jak i innych pracowników Biura RPO, w ramach wizyt ad hoc[2].

Treść raportów z wizytacji KMPT, mających miejsce w dniach: 5 lutego 2014 r., 7 września 2015 r. oraz 18–20 lutego 2019 r., jak również wizytacji Zespołu do spraw Wykonywania Kar[3] w dniach: 7 września 2015 r., 26 czerwca 2017 r., 5–7 marca 2018 r., pozwalają przeanalizować zmiany jakie zachodziły w KOZZD od dnia jego utworzenia. Pierwsza wizytacja miała bowiem miejsce jeszcze w momencie, gdy nie skierowano tam żadnego z pacjentów. Kolejne pokazywały zaludnianie się Ośrodka, zmiany wewnątrz-organizacyjne, aż po obecny stan przeludnienia i niezwykle trudne warunki bytowe.

Liczba osób izolowanych od społeczeństwa w KOZZD szybko wzrasta. Jeszcze według danych przekazanych przez Dyrektora tego Ośrodka w dniu 15 czerwca 2020 r. przebywało w nim 86 pacjentów[4]. W dniu 26 czerwca było już 90 osób, z czego aż 9 w ramach zabezpieczenia cywilne-

---

[1] Zadania Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zostały powierzone Rzecznikowi Praw Obywatelskich w styczniu 2008 r. KMPT przeprowadza wizytacje prewencyjne we wszystkich miejscach pozbawienia wolności w Polsce. W strukturze Biura RPO to odrębny Zespół.

[2] Spotkania z pracownikami oraz pacjentami KOZZD miały miejsce w dniach: 2.07.2018 r., 21.12.2018 r., 4.01.2019 r., 17.04.2019 r.

[3] Ten Zespół merytoryczny rozpoznaje skargi pacjentów KOZZD, wizytuje tę placówkę i zajmuje się systemowo zagadnieniami związanymi z ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. Sprawy dotyczące kasacji, czy zabezpieczenia cywilnego są rozpoznawane w Zespole Prawa Cywilnego.

[4] Dane przedstawione przez Dyrektora KOZZD w korespondencji mailowej skierowanej do Biura RPO w dniu 16 czerwca 2020 r.

go, co zwraca uwagę wobec jasnego stanowiska Sądu Najwyższego, że przepisy o zabezpieczeniu cywilnym nie mogą stanowić podstawy do pozbawienia wolności[5].

Ośrodek spełnia aktualnie wszelkie wymagania prawa budowlanego konieczne do rozpoczęcia budowy nowego kompleksu mieszkalnego KOZZD. Ministerstwo Zdrowia nie przekazało jednak środków finansowych na realizację tej inwestycji. W tej kwestii prowadzona jest wymiana korespondencji między Dyrektorem Ośrodka a resortem zdrowia[6]. Niestety taki stan zawieszenia, a więc brak decyzji w przedmiocie rozpoczęcia budowy nowego budynku przeznaczonego dla osób skierowanych do izolacji postpenalnej, bądź jeśli jest to niemożliwe otwarcie nowego Ośrodka, trwa od 5 lat.

Po raz pierwszy, w czasie wizytacji tej placówki w 2015 r., w raporcie KMPT odnotowano, że „toczą się rozmowy z Ministrem Zdrowia w kwestii wybudowania nowego budynku, przeznaczonego na docelową liczbę pacjentów (60). Problemem może zatem okazać się w niedługim czasie brak miejsc dla osadzenia nowych osób, które sąd uzna za stwarzające zagrożenie w świetle przepisów ustawy i postanowi o ich bezterminowym umieszczeniu w Ośrodku". Taką uwagę poczyniono w momencie, gdy w KOZZD przebywało zaledwie 14 pacjentów.

Rząd Polski w odpowiedzi na raport CPT z 2017 r. poinformował[7], że zostało wydane pozwolenie na budowę nowego budynku KOZZD, w którym powierzchnia planowanych pokoi to 14,02 m², pokoju dla osoby z niepełnosprawnością fizyczną 20,23 m², zaś całkowita powierzchnia oddziału dla 10 pacjentów wyniesie od 515 do 526 m². Wskazuje się, że warunki bytowe w nowym budynku będą odpowiadać przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD). Tak precyzyjna odpowiedź świadczy o istniejących planach budowlanych. Zastanawia zatem fakt nierozpoczęcia prac związanych z budową do końca czerwca 2020 r.

Perspektywa czasu pokazuje zatem, że resort zdrowia nie podjął efektywnych działań przez kolejne kilka lat, doprowadzając w rezultacie do bardzo trudnej sytuacji lokalowej. Nie pozostaje to bez wpływu na atmosferę wewnątrz placówki, warunki pracy zatrudnionej w Ośrodku kadry, jak i pobytu pacjentów. Taki stan nie może się utrzymywać w nieskończoność, gdyż będzie prowadzić do eskalacji napięcia wewnątrz placówki. Prowadzenie oddziaływań terapeutycznych w takiej sytuacji wydaje się być znacznie utrudnione.

Na dzień 15 czerwca 2020 r. w KOZZD było zatrudnionych: 4 lekarzy psychiatrów, 8 psychologów klinicznych, 3 psychologów-seksuologów, 1 specjalista psychoterapii uzależnień oraz 164 pracowników ochrony.

---

5 Uchwała SN z dnia 30 stycznia 2020 r., sygn. akt III CZP 75/18.
6 Dane przedstawione przez Dyrektora KOZZD w mailu skierowanym do Biura RPO w dniu 16 czerwca 2020 r.
7 CPT/Inf (2018) 40, s. 83. Data udzielenia odpowiedzi przez rząd Polski to 25 lipca 2019 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD, w § 5 stanowi, że liczebność poszczególnych kategorii personelu, przypadających na 10 osób umieszczonych w Ośrodku, mającego styczność z tymi osobami wynosi: co najmniej: 1 psychiatrę, 6 psychologów, 14 pielęgniarek, 7 terapeutów zajęciowych, nie więcej niż: 20 sanitariuszy, 1 pracownika socjalnego, 28 pracowników służby ochrony – przy czym łączna liczba personelu nie może przekroczyć 77 osób. Na tym tle liczba obecnie zatrudnionych pracowników jest zbyt mała. Zagadnienie to było podnoszone kilkukrotnie w raportach powizytacyjnych.

W praktyce zwraca jednak uwagę liczba przewidzianych do zatrudnienia pracowników ochrony. Algorytm przyjęty w rozporządzeniu oznaczałby, że na 90 pacjentów, Ośrodek powinien obecnie zatrudniać 252 pracowników ochrony. W placówce leczniczej, otoczonej wysokim murem, gdzie kamery telewizji przemysłowej są zainstalowane w każdym miejscu, nie ma potrzeby zatrudniania takiej liczby pracowników ochrony[8]. Już obecna liczba 164 ochroniarzy jest bardzo duża. Osoba wizytująca Ośrodek zwraca od razu uwagę na wszechobecność pracowników ochrony, którzy chodzą krok w krok za pacjentami. Biorąc dodatkowo pod uwagę, że każdy oddział mieszkalny jest zamykany, wydaje się, że sposób pełnienia zadań przez służbę ochrony, można inaczej zorganizować. W czasie wizyt studyjnych w Zelland i Rosdorf, a więc analogicznych miejsc w Holandii i Niemczech, z tą samą kategorią osób, pracownicy ochrony pełnili służbę znacznie dyskretniej. W ośrodku w Zeeland, gdzie przebywają osoby stwarzające zagrożenie dla społeczeństwa ze względu na prezentowane zaburzenia i brak efektów terapii na wcześniejszym etapie izolowania postpenalnego w TBS[9], na 93 rezydentów zatrudnionych jest 18 pracowników, którzy dbają o bezpieczeństwo i komunikację[10]. Kontrolują osoby wchodzące i wychodzące, kontrolują przychodzące i wychodzące przesyłki, drzwi, okna i ogrodzenia. Ponadto, obsługują system telefoniczny, ponieważ nie wszyscy pacjenci mogą dzwonić na zewnątrz. Odgrywają ważną rolę koordynacyjną, gdy ktoś musi udać się do szpitala lub w przypadku pożaru. Co istotne jednak, nie wolno im angażować się w fizyczny kontakt z pacjentami, również w sytuacjach kryzysowych nie mogą wkroczyć. Jak podkreśla dyrektor placówki w Zeeland, głównym zabezpieczeniem jest ogrodzenie i zamknięty budynek, w którym można kogoś zatrzymać w jego pokoju lub na oddziale. Bezpieczeństwo placówki zapewnia się poprzez relacje z rezydentami, znajomość

---

8 https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,26060537,gostynin-rozpoczyna-glodowke-do-wiezienia-wroce-na-kolanach.html?disableRedirects=true [dostęp: 26.06.2020 r.].

9 TBS to środek zabezpieczający stosowany w Holandii wobec sprawców najpoważniejszych przestępstw, mający na celu izolację niebezpiecznego sprawcy, poddanie go terapii oraz przygotowanie go do powrotu do życia w społeczeństwie.

10 Zgodnie z danymi z dnia 29 czerwca 2020 r. w Zeeland na 93 rezydentów zatrudnionych jest 142 pracowników (na zmiany), z czego około 80 na oddziałach i 18 w służbie bezpieczeństwa i łączności (nie nazywa się ich pracownikami ochrony), którzy nie wchodzą na oddziały mieszkalne. Pozostali to psychologowie, terapeuci, administracja, wsparcie wewnętrzne, pracownicy kuchni i pozostałe zawody. Na każdym oddziale mieszka 11 lub 12 rezydentów i zajmuje się nimi zespół 18 pracowników obejmujący m. in pielęgniarki, pracowników socjalnych, psychiatrów, psychologów.

ich deficytów i metod postępowania w przypadku wzrostu ryzyka niedopuszczalnych zachowań, rozmowy z nimi[11]. Nie bez znaczenia pozostaje także zapewniona im dobra jakość życia w placówce[12].

W tym kontekście, dla porównania warto zwrócić także uwagę na algorytmy zatrudnienia przewidziane w Polsce dla zakładów psychiatrycznych o maksymalnym poziomie zabezpieczenia. Przy bardzo zbliżonych zabezpieczeniach techniczno-ochronnych budynku, jest tam mowa o zatrudnieniu personelu w liczbie co najmniej 2,5-krotnie większej niż liczba łóżek zakładu, w tym personelu sprawującego ochronę nad sprawcami czynów zabronionych w liczbie nie mniejszej niż jedna trzecia liczby łóżek zakładu[13]. To jednak daje zupełnie inne liczby pracowników ochrony – co najmniej 30 na 90 pacjentów.

W oddziałach terapeutycznych zakładów karnych, gdzie wcześniej pacjenci KOZZD odbywali karę pozbawienia wolności, algorytm zatrudnienia nie został określony przepisami obowiązującego prawa[14]. W praktyce jednak liczba funkcjonariuszy SW z działów ochrony jest znacznie mniejsza niż poziom zatrudnienia ochroniarzy w Ośrodku w Gostyninie. W jednym i drugim przypadku mamy do czynienia z tą samą kategorią osób zaburzonych psychicznie oraz w obu rodzajach miejsc pozbawienia wolności ochrona pracuje zmianowo i w weekendy.

To pokazuje na znaczne dysproporcje w poziomie zatrudnienia pracowników ochrony w różnych miejscach izolacji, przy tej samej lub zbliżonej kategorii osób. Niezależnie od zmian jakie ewentualnie mogą zostać rozważone przez prawodawcę w tym zakresie, warto w tym momencie przede wszystkim wprowadzić zmiany w sposobie pełnienia swoich zadań przez pracowników ochrony. Mogłoby to wpłynąć pozytywnie na obecną napiętą atmosferę w Ośrodku.

II. Wizytacja w roku 2014

Już w lutym 2014 r., a zatem tuż po wejściu w życie w dniu 22 stycznia 2014 r. ustawy dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób[15] (dalej: ustawa z dnia 22 listopada 2013 r.), pracownicy KMPT sprawdzili na miejscu stan przygotowania Ośrodka na przyjęcie osób stwarzających zagrożenie. Wizytacja była przeprowadzana w momencie, gdy jeszcze żaden pacjent nie

[11] Takie metody zapewnienia bezpieczeństwa przynoszą dobre efekty. W ciągu roku dochodzi do około 10 przypadków ingerencji fizycznej na poziomie personel-rezydent czy pomiędzy rezydentami.

[12] Zob. więcej na temat tzw. good-life model, realizowanego w Holandii w rozdziale Ingi Markiewicz.

[13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych, § 8 pkt 3, Dz. U. z 2017 r. poz. 119.

[14] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 października 2016 r. w sprawie sposobów ochrony jednostek organizacyjnych Służby Więziennej, Dz. U. z 2016 r. poz. 1804, określa jedynie w § 11–13 zasady przeprowadzenia rozpoznania w celu ustalenia odpowiedniego sposobu ochrony jednostek penitencjarnych.

[15] Tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 2203.

został tam skierowany[16], a sam Ośrodek powstawał poprzez przejmowanie kolejnych pomieszczeń od Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu (dalej: ROPS). Także kadra miała pochodzić z dotychczasowego ROPS-u, Dyrektor KOZZD był tą samą osobą, która kierowała ośrodkiem psychiatrii sądowej o maksymalnym zabezpieczeniu w Gostyninie. Poza tym, dwóch funkcjonariuszy Służby Więziennej było oddelegowanych do służby w Ośrodku[17].

W dniu wizytacji do przyjęcia osoby stwarzającej zagrożenie przewidziany był jeden pokój w oddziale Krajowego Ośrodka Seksuologii Sądowej ROPS. Z uwagi na fakt, że pomieszczenie to było zlokalizowane w oddziale psychiatrii sądowej, w przypadku skierowania do KOZZD osoby stwarzającej zagrożenie zakładano, że wszyscy pacjenci zakwaterowani w tym oddziale zostaną przeniesieni na inne piętra budynku.

Warto zwrócić uwagę, że w ówczesnym czasie pojemność ROPS określona była w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających[18] na poziomie 48 łóżek. Biorąc pod uwagę fakt, że zadania Ośrodka są obecnie realizowane wyłącznie w oparciu o bazę lokalową ROPS, trudno zrozumieć jak może tam się pomieścić 90 pacjentów, nawet z uwzględnieniem zmian jakie musiały zostać wprowadzone w infrastrukturze wewnętrznej.

Pewna modernizacja budynku ROPS w Gostyninie została wymuszona wymaganiami dotyczącymi warunków bytowych, określonymi w rozporządzeniu w sprawie KOZZD. W czasie wizytacji w 2014 r. opracowywany był dopiero projekt budowlany niezbędnych zmian. Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., do czasu spełnienia przez Ośrodek warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie KOZZD, jednakże przez okres nie dłuższy niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, można umieszczać w Ośrodku osoby stwarzające zagrożenie, jeżeli zapewniono właściwe zabezpieczenie Ośrodka i możliwość udzielania świadczeń terapeutycznych.

W czasie przeprowadzonej wizytacji prace na terenie placówki, związane z realizacją koniecznych zadań, ograniczały się jedynie do opróżnienia pokoi z mebli i innego wyposażenia. Jak odnotowano w raporcie z wizytacji KMPT, poziom zastanych przygotowań związanych z tak poważną inwestycją wzbudzał obawę, że w czasie określonym w art. 54 ustawy Ośrodek nie zostanie odpowiednio dostosowany[19].

---

16 Pierwszy pacjent został umieszczony w KOZZD w dniu 29 kwietnia 2014 r.

17 Art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. stanowi, że do czasu powołania służby ochrony, o której mowa w art. 6, jednakże przez okres nie dłuższy niż 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, Dyrektor Generalny Służby Więziennej, na wniosek Ministra Sprawiedliwości, deleguje do wykonywania jej zadań funkcjonariuszy Służby Więziennej.

18 Dz. U. z 2013 r. poz. 64 ze zm.

19 https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files//Wyci%C4%85g%20-%20KOZZD%20Gostynin%202014.pdf [dostęp: 26.06.2020 r.].

W praktyce przebudowa dotyczyła m.in. pokoi mieszkalnych. Wydzielono także nowe węzły sanitarne, przesunięto niektóre okna. Ośrodek wyposażono w nowy system zabezpieczeń. Nigdy jednak nie udało się spełnić wszystkich wymogów dotyczących warunków bytowych, jakie określało rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD.

Po wizytacji KMPT w Ośrodku w 2014 r. wydane zostały następujące rekomendacje:

- Kierownikowi Ośrodka: przystosowanie wyznaczonych pomieszczeń ROPS do wymogów stawianych jednostce w terminie przewidzianym w ustawie oraz pozyskanie personelu do pracy w Ośrodku w sposób zabezpieczający prawidłową pracę ROPS, bez uszczerbku dla pacjentów tam przebywających.
- Ministrowi Zdrowia: zapewnienie odpowiedniego wsparcia kierownikowi Ośrodka w pracach dostosowujących pomieszczenia ROPS do wymagań KOZZD oraz zmianę pojemności ROPS.

Minister Zdrowia w odpowiedzi na przedstawione uwagi z wizytacji w 2014 r. poinformował krótko, że resort zdrowia udziela pełnego wsparcia merytorycznego i organizacyjnego Dyrektorowi KOZZD[20]. Współpracę tę potwierdził kierownik Ośrodka w odpowiedzi na raport z wizytacji[21].

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu został zlikwidowany dopiero w dniu 15 czerwca 2018 r.[22], a zatem 4 lata od rozpoczęcia działalności KOZZD. W tym czasie uruchamiano kolejne oddziały mieszkalne dla pacjentów skierowanych tam na mocy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., zaś internowanych w ROPS przewożono do dwóch pozostałych, funkcjonujących na terenie kraju, zakładów psychiatrycznych o maksymalnym poziomie zabezpieczenia – w Starogardzie Gdańskim i w Branicach.

III. Wizytacja w roku 2015

W dniu wizytacji, tj. 7 września 2015 r. funkcjonował wyłącznie oddział I KOZZD, zlokalizowany na pierwszym piętrze, w jednym ze skrzydeł Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej. Jego pojemność wynosiła wówczas 20 miejsc, przy założeniu, że w każdym pokoju będzie przebywało dwóch pacjentów (wyodrębniono 10 pokoi). W dniu wizytacji było ich 14, przy czym niektóre osoby umieszczone pojedynczo w pokoju zdecydowanie protestowały przeciwko ewentualnej możliwości przebywania w nim z drugim pacjentem.

W raportach z wizytacji z tego roku[23] podkreśla się, że warunki bytowe KOZZD należy ocenić jako dobre. Wejście do oddziału I prowadziło bezpośrednio do świetlicy. Była to przestrzeń

[20] Pismo z dnia 4 marca 2014 r. Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, l. dz. MZ-ZP-P-078–29058–1/AA/14.

[21] Pismo Dyrektora KOZZD z dnia 4 kwietnia 2014 r., l.dz. KOZZD/AG/9/2014.

[22] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2018 r. w sprawie likwidacji Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Gostyninie-Zalesiu, Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 46.

[23] Raport KMPT oraz raport opracowany przez dr Ewę Dawidziuk, która udała się wraz z KMPT zbadać na miejscu indywidualne skargi pacjentów KOZZD.

otwarta, gdzie pacjenci wspólnie mogli spędzać wolny czas, m.in. oglądać programy telewizyjne, również w czasie ciszy nocnej, pod warunkiem, że nie przeszkadzali innym pacjentom. W świetlicy znajdowały się podstawowe akty prawne, ważne dla pacjentów Ośrodka – kodeks karny, kodeks karny wykonawczy, kodeks postępowania karnego, ustawa z dnia 22 listopada 2013 r., regulamin Ośrodka. Część z nich była nieaktualna, jednakże problem ten został wyeliminowany już w trakcie wizytacji. Pacjenci mieli zapewniony dostęp do znajdującej się na korytarzu budki telefonicznej i skrzynki na listy. W oddziale mieściła się również izolatka, sala terapeutyczna, pokój do indywidualnych rozmów i pokój pielęgniarski.

W oddziale I każdy pokój był wyposażony w łóżko, stół, krzesło, zamykaną na klucz szafkę wysoką i niską[24] oraz kącik sanitarny – obejmujący prysznic, toaletę, umywalkę, nad którą zamontowano lustro, obok dozownik z mydłem w płynie i podajnik na ręczniki papierowe. Woda ciepła była dostępna całą dobę, a wysokość temperatury była ustawiana przez administrację Ośrodka. Stanowisko prysznicowe było osłonięte, toaleta zaś nie. Także w pokojach dwuosobowych toaleta nie była zabudowana. W tych pokojach, w których była konieczność zakwaterowania dwóch pacjentów, łóżka pojedyncze wymieniono na łóżka piętrowe – wyposażone w drabinkę i odpowiednie zabezpieczenia łóżka górnego, uniemożliwiające wypadnięcie z niego.

Duże okna, bez krat, zapewniały wystarczający dopływ światła dziennego. Problemem był jednak brak możliwości ich otwarcia i wywietrzenia pokoi. Uchylny był wyłącznie górny lufcik, który dodatkowo zabezpieczały żaluzje zewnętrzne. Uchylenie górnej części okna przez pacjenta sygnalizowały czujniki świetlne. Odpowiadało to treści rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD. Przepis § 3 ust. 3 stanowi o tym, iż każda sala dla pacjentów jest wyposażona: w dwie kamery włączone przez 24 godziny, z których obraz jest przekazywany do dyżurki pielęgniarskiej oraz głównego stanowiska podglądu i dozoru; jedno okno z lufcikiem górnym oraz z szybami uniemożliwiającymi ich zbicie, a także ze stalowymi żaluzjami znajdującymi się na zewnątrz okna na wysokości lufcika.

Drzwi od pokoi były otwarte całą dobę. Pacjenci mieli więc swobodę poruszania się. W pokojach zezwalano na posiadanie telefonów komórkowych, sprzętu grającego, drukarek i laptopów – bez dostępu do Internetu[25].

Poza oddziałem zlokalizowano obszerną salę do zajęć sportowych, ze stołem do ping-ponga i przyrządami do ćwiczeń. W soboty sala ta była wykorzystywana do odprawiania nabożeństw. Przez kolejne lata funkcjonowania KOZZD taki stan rzeczy został utrzymany. Mimo to, pracownicy placówki podkreślają, że niewielu pacjentów jest zainteresowanych korzystaniem

---

[24] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD mówi o wyposażeniu pokoi w szafkę przyłóżkową, szafę ubraniową, stolik oraz krzesło; wymienione meble, z wyjątkiem krzesła, są wykonane z metalu i na trwałe przymocowane do ścian lub podłogi.

[25] Na samym początku funkcjonowania Ośrodka, Dyrektor zezwalał na dostęp pacjentów do internetu, jednakże wraz z sięganiem przez nich do stron pornograficznych, wycofał się z tej decyzji.

z przyrządów do ćwiczeń. Proboszcz parafii w Gostyninie, który jest jednocześnie kapelanem Ośrodka, gromadzi aktualnie na mszy około 12 pacjentów[26].

Bezpośrednio z sali do ćwiczeń można wejść do małego pomieszczenia. W 2015 r. pełniło ono funkcję małego sklepu. Ceny towarów były tam stosunkowo niskie, a pacjenci mogli zaopatrywać się w potrzebne im artykuły. Z informacji udzielonych przez Kierownika Ochrony wynikało, że wiąże się to z brakiem marży wobec prowadzenia sklepu przez ROPS, nie zaś ajenta zewnętrznego. Pacjenci mogli mieć w dyspozycji tygodniowo 130 zł – wypłacała je pielęgniarka. Mieli także możliwość zamówić u pracownika socjalnego dodatkowe zakupy – np. odzież, telefon, czy inne produkty spożywcze, za posiadane na subkoncie KOZZD własne środki finansowe.

Z czasem sklep na terenie Ośrodka zlikwidowano, jego pomieszczenie przejęło funkcję biblioteki, zaś artykuły spożywcze były kupowane dla pacjentów w okolicznych sklepach. Pracownik socjalny zbierał zamówienia, kupował produkty w sklepie i dostarczał je pacjentom. Ponieważ z taką formą dokonywania zakupów wiązało się szereg problemów, ostatecznie po uwagach wizytujących[27] zrezygnowano z niej, mimo że pierwotnie Dyrektor KOZZD informował, że zezwolenie na dokonywanie zakupów przez internet obciążone jest zbyt dużym ryzykiem (zakup narkotyków, papierosów, gazet zawierających treści pornograficzne)[28]. Pacjenci mogli odtąd zamawiać artykuły spożywcze on-line, sklep dostarczał produkty, które osobiście odbierali pacjenci[29].

Wszystkie pomieszczenia Ośrodka, także sale terapeutyczne i sanitariaty, były objęte systemem monitoringu. Jak wskazał Kierownik Biura Ochrony, we wszystkich kamerach wyłączono fonię, może zaś być ona uruchomiona w razie potrzeby na dowolnie wskazanej kamerze.

W następstwie wizytacji przedstawiono następujące rekomendacje[30]:

1. Dostosowanie pomieszczeń Ośrodka do treści rozporządzenia w sprawie KOZZD. Korzystanie z łóżek piętrowych nie spełniało bowiem obowiązującego wówczas § 3 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD, zgodnie z którym łóżko powinno być przymocowane trwale do podłogi, pozwalające na dostęp z trzech stron, w tym dwóch dłuższych, i dające możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji oraz założenia pasów obezwładniających lub kaftana bezpieczeństwa[31].

---

26 Informacje przekazane pracownikom Biura RPO w czasie spotkania w dniu 28 stycznia 2020 r.

27 W raporcie po wizytacji w 2017 r. odnotowano, że pracownicy Biura RPO odnieśli wrażenie, że kwestie organizacyjne są problemem, który prowadzi do ograniczenia asortymentu oraz ilości produktów, jakie zamawia pacjent. Dobra organizacja przy przyjmowaniu zamówień od pacjentów oraz skorzystanie z oferty e-sklepu, który dowozi towary, będzie zapewne korzystne dla obu stron – personelu Ośrodka oraz pacjentów.

28 Odpowiedź Dyrektora KOZZD z dnia 31 sierpnia 2017 r. na raport Biura RPO, l.dz. KOZZD/AG/598/2017.

29 W czasie pandemii koronawirusa Dyrektor KOZZD wstrzymał jednak taką możliwość.

30 https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files//Wyci%C4%85g%20-%20KOZZD%202015.pdf [dostęp: 27.06.2020 r.].

31 Przepis ten został uchylony dopiero 22 września 2018 r., Dz. U. z 2018 r. poz. 1734.

2. Przesłonięcie wejścia do łazienek w pokojach mieszkańców, by zapewnić pacjentom poczucie intymności, co było konieczne biorąc pod uwagę normy kulturowe, przepisy Konstytucji RP oraz standardy międzynarodowe[32].
3. Zaprzestanie stosowania odpowiedzialności dyscyplinarnej – zwrócono uwagę, że ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie zawiera upoważnienia do ukształtowania i stosowania w KOZZD systemu środków dyscyplinujących.
4. Uruchamianie fonii w kamerze w sali do stosowania przymusu bezpośredniego. Nagranie z całego okresu stosowania środków, z wizją i fonią, powinno być przechowywane wraz z całą dokumentacją dotyczącą środków przymusu bezpośredniego.
5. Zaprzestanie bezpośredniego nadzorowania widzeń pacjentów – mimo monitorowania pomieszczenia w spotkaniu uczestniczy pracownik ochrony.
6. Umożliwienie pacjentom wysyłania korespondencji poleconej – była to istotna kwestia biorąc pod uwagę, iż wielu pacjentów miało nadal toczące się sprawy w sądach, a potwierdzenia na wysyłaną przez nich korespondencję urzędową nie były wydawane.
7. Zwiększenie obsady etatowej personelu, zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD.
8. Każdorazowe odbieranie zgody pacjenta na przechowywanie dowodu osobistego.
9. Całkowite dostosowanie pomieszczeń Ośrodka do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Treść przedstawionych rekomendacji pokazuje już konkretne problemy, jakie można było stwierdzić w oparciu o dokonanie oglądu placówki, rozmowy z pacjentami i personelem Ośrodka.

Dyrektor KOZZD w odpowiedzi na przedstawione rekomendacje[33] poinformował o braku wystarczającej liczby miejsc w Ośrodku, aby warunki bytowe dostosować do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie KOZZD. Podkreślił, że ma świadomość naruszenia formalnych wymogów określonych przepisami wskazanego aktu wykonawczego, niemniej jednak wstawienie łóżek piętrowych uznał za jedyne racjonalne rozwiązanie[34].

W kontekście potrzeby zapewnienia poszanowania prawa do prywatności i intymności w trakcie korzystania z urządzeń sanitarnych, Dyrektor poinformował o sukcesywnym instalowaniu zasłon. Wyjaśnił również, że zainstalowanie w łazienkach oddziału I stałych drzwi jest niemożliwe ze względów bezpieczeństwa[35].

---

[32] Zob. wyrok ETPC z 15 grudnia 2015 r. w sprawie Szafrański przeciwko Polsce, skarga nr 17249/12.

[33] Odpowiedź Dyrektora KOZZD z dnia 20 stycznia 2016 r., l. dz. KOZZD/AG/16/2016.

[34] Brak możliwości dojścia do łóżka z trzech stron w kontekście zastosowania środków przymusu bezpośredniego zrekompensowano wydzieleniem odrębnego pomieszczenia przeznaczonego na taki cel. Pokoje już w tamtym czasie nie były pojedyncze, trudno zatem stosować przymus bezpośredni w postaci zapięcia w pasy w obecności innego pacjenta. Przestrzeń mieszkalna poszczególnych pokoi nie pozwalała również na stawienie kolejnych parterowych łóżek z dostępem do nich z każdej strony. Zdecydowano się zatem na zakupienie łóżek piętrowych.

[35] Do dnia dzisiejszego w oddziale pierwszym nie zainstalowano pełnej zabudowy kącików sanitarnych, od podłogi, do sufitu, a sanitariaty oddziela od pokoju jedynie zasłonka materiałowa.

W kontekście nadzorowania widzeń, Dyrektor Ośrodka poinformował, iż takie uprawnienie wywodzi z treści art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Jego zdaniem, skoro przepis ten pozwala mu odmówić zgody lub cofnąć zgodę na określony sposób kontaktu lub kontakt z określonymi osobami, to może również wprowadzić nadzorowanie widzeń. Dyrektor uzasadnił taką decyzję doświadczeniami, w świetle których widzenia były wykorzystywane do przekazywania pacjentom rzeczy (żyletki, papierosy itp.), których ze względów bezpieczeństwa posiadanie jest zakazane lub realizacji zachowań, które są nieakceptowalne (stosunki seksualne).

Dyrektor zrealizował zalecenie w zakresie możliwości wysyłania przez pacjentów korespondencji poleconej. Podjął też decyzję o oddaniu im dowodów osobistych, wobec czego zalecenie nr 8 stało się bezprzedmiotowe. Zwiększenie liczby pracowników uzależnił wyłącznie od wysokości przyznanego budżetu.

Odnośnie rekomendacji dostosowania Ośrodka do potrzeb osób z niepełnosprawnością, Dyrektor odpowiedział, że na terenie KOZZD-u znajduje się jedna sala pacjentów całkowicie przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Dostosowane są też wszystkie pomieszczenia Ośrodka. Potwierdził to stanowisko w odpowiedzi na raport z wizytacji w 2019 r.

W kontekście postulatu uruchomienia fonii przy rejestrowaniu obrazu z kamer telewizji przemysłowej Dyrektor wskazał, iż obowiązujące przepisy prawa stanowią o utrwalaniu obrazu lub dźwięku. W związku z tym, w Ośrodku wybrano wyłącznie jedną z form i podjęto decyzję o utrwalaniu obrazu, bez rejestrowania fonii.

Faktem jest, że zasady logiki prawniczej pozwalają na taką praktykę, ale dopuszczalne byłoby także jednoczesne nagrywanie wizji i fonii[36]. W raportach z wizytacji w kolejnych latach powielano zatem zalecenie uruchomienia fonii w trakcie stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Zwracano też uwagę, że rejestracja fonii w niektórych sytuacjach konfliktowych niewątpliwie ułatwiłaby proces weryfikacji zarzutów pacjentów, kierowanych pod adresem personelu oraz siebie nawzajem. Stanowisko Dyrektora nie uległo jednak zmianie do dnia opracowania niniejszej publikacji.

IV. Wizytacja w roku 2017

W 2017 r. Ośrodek był wizytowany przez Europejski Komitet do spraw zapobiegania torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, jak również przedstawicieli RPO.

---

[36] Art. 7 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. stanowi:
1. Teren Ośrodka i znajdujące się na nim pomieszczenia są wyposażone w urządzenia monitorujące, umożliwiające stały nadzór nad osobami stwarzającymi zagrożenie umieszczonymi w Ośrodku oraz kontrolę stosowania przymusu bezpośredniego.
2. Monitorowany obraz lub dźwięk jest utrwalany.

CPT odnotował w swoim raporcie z wizytacji, że warunki bytowe w KOZZD były co do zasady dobre. Pacjentom nie oferowano leczenia psychiatrycznego sensu stricto i około 75% z nich nie było zainteresowanych terapią. Delegacja odniosła wrażenie, że istniał ogólny problem z koncepcją terapii, a w szczególności nie było jasnej wizji co do tego, co robić z pacjentami, którzy odmawiają leczenia i uczestniczenia w proponowanych im oddziaływaniach. CPT zlecił zatem „poważne rozważenie koncepcji i filozofii leczenia w Ośrodku w Gostyninie".

Jednocześnie Komitet zwrócił uwagę, że ROPS i KOZZD to odrębne instytucje, ale mieszczą się w jednym budynku i są zarządzane przez jednego Dyrektora. W czasie wizytacji w Ośrodku funkcjonowały już dwa oddziały mieszkalne, przebywało w nich 43 pacjentów, w tym jedna kobieta. W raporcie odnotowano, że delegacja zaobserwowała oznaki nieporozumień pomiędzy pacjentami KOZZD, co z dużym prawdopodobieństwem było spowodowane małą powierzchnią mieszkalną przypadającą na pacjenta.

Jak zaznaczono powyżej, delegację poinformowano o planowanej modernizacji Ośrodka, poprzez zbudowanie nowego obiektu mieszkalnego na kolejne 60 miejsc. CPT wyraziło zaufanie, że zostaną podjęte wysiłki, w kontekście wspomnianej rozbudowy KOZZD, by zapewnić więcej przestrzeni mieszkalnej wszystkim pacjentom. W ocenie wizytujących, wyposażenie pokoi osób izolowanych w łóżka piętrowe nie sprzyja stworzeniu warunków terapeutycznych i przyczynia się do napięć wśród pacjentów i pomiędzy pacjentami a personelem. Komitet zalecił także podjęcie działań celem zapewnienia szerszych form aktywności terapeutycznych i rehabilitacyjnych, takich jak nauka kontrolowania agresji, szkolenie umiejętności życiowych, rekreacja czy sport. Zdaniem CPT pomogłoby to rozładować napięcie wewnątrz placówki[37]. Delegacja wyraziła również zaniepokojenie sytuacją jedynej kobiety umieszczonej w KOZZD.

W odpowiedzi na raport CPT, rząd Polski poinformował[38] o przesłaniu uwag CPT do kierownictwa Ośrodka w Gostyninie. Jednocześnie podkreślono, że pomimo iż pracownicy tej placówki są narażeni na wulgarne słownictwo i zastraszanie ze strony pacjentów, to w pełni respektują ich prawa. Kadra mająca bezpośredni kontakt stara się łagodzić sytuacje konfliktowe.

W odpowiedzi rządu na raport CPT zwraca uwagę jeszcze jedno odniesienie. Mianowicie w reakcji na zalecenie zaprzestania praktyki noszenia przez pracowników ochrony w KOZZD specjalnego wyposażenia (długie pałki policyjne, kajdanki i gaz pieprzowy) przez cały czas, również w oddziałach mieszkalnych, co jest zastraszającą i nieuzasadnioną praktyką, rząd przedstawił pacjentów Ośrodka negatywnie. Wskazał, że są to osoby, które wiele lat przebywały w zakładach karnych, są agresywni, roszczeniowi, konfliktowi, aroganccy i wulgarni. Nie wszystkie sytuacje konfliktowe mogą być zatem rozwiązane bez sięgania po środki przymusu, mimo że w pierwszej

37 Pkt. 116–118 raportu CPT, CPT/Inf (2018) 39, https://rm.coe.int/16808c7a91 [dostęp: 26.06.2020 r.].

38 CPT/Inf (2018) 40, s. 82–83. Data udzielenia odpowiedzi przez rząd Polski to 25 lipca 2019 r.

kolejności podejmuje się próbę rozwiązania konfliktu słownie[39]. Do dnia dzisiejszego rekomendacja CPT w tym zakresie nie została wdrożona.

W 2017 r. wizytację w KOZZD przeprowadzili także przedstawiciele RPO. W Ośrodku wówczas przebywało 42 pacjentów. Ubył zatem jeden pacjent w stosunku do wizytacji CPT miesiąc wcześniej[40].

Jak podkreślono w raporcie powizytacyjnym, Ośrodek podzielony jest na dwa oddziały, które zdecydowanie różnią się między sobą – warunkami bytowymi oraz zasadami dotyczącymi codziennego funkcjonowania.

W oddziale I przebywało wówczas 18 pacjentów i pokoje były w większości dwuosobowe. W dniu wizytacji tylko w jednym z nich przebywało trzech pacjentów (jedno łóżko piętrowe). Jedna sala funkcjonowała jako pokój pojedynczy i korzystała z niej jedyna w Ośrodku kobieta (do dnia dzisiejszego nic się w tym zakresie nie zmieniło). Wyodrębniono także pojedynczą salę izolacyjną w przypadku konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego. We wszystkich pokojach mieściły się kąciki sanitarne z toaletą i prysznicem, osłonięte kotarą.

Z kolei w oddziale II, w którym w dniu wizytacji przebywało 24 pacjentów, sale były 8-osobowe. Pacjenci korzystali z piętrowych łóżek, mieli bardzo mało miejsca na własne rzeczy. W szafkach przetrzymywali odzież i obuwie razem z artykułami spożywczymi. Nie mogli przekazać ubrań do depozytu ze względu na jego przepełnienie. Pacjenci w pokojach nie mogli korzystać z czajników elektrycznych, podczas gdy w oddziale I było to możliwe. Stołówka mogła pomieścić 17 osób, w związku z czym nie dla wszystkich było miejsca przy stole. Ta sytuacja wymuszała konieczność oczekiwania na korytarzu z wydanym posiłkiem, aż do czasu zwolnienia się miejsca. W oddziale II obowiązywał bowiem zakaz spożywania posiłków w pokojach, podczas gdy w oddziale I zasada taka nie wiązała pacjentów.

W oddziale II pokoje nie zostały wyposażone w sanitariaty. W łazience dla pacjentów tego oddziału były 2 stanowiska prysznicowe, jednakże pacjenci mogli z niej korzystać wyłącznie pojedynczo.

Takie różnice w warunkach bytowych pomiędzy obydwoma oddziałami rodziły sprzeciw. Pacjenci z II oddziału uważali, że są gorzej traktowani. Problem pogłębiał fakt, że niektórzy pacjenci byli uciążliwi w swoich zachowaniach i nikt już nie chciał z nimi przebywać w jednym pokoju. To bardzo utrudniało rozmieszczenie pacjentów w taki sposób, aby zapewnić porządek i bezpieczeństwo KOZZD.

Cały Ośrodek był monitorowany, obraz przekazywany z funkcją maskowania stref intymnych. W trakcie wizytacji ponownie zwrócono uwagę (wcześniej uczyniono to w raportach po wizytacji

[39] Ibidem, s. 83.

[40] Jeden z pacjentów, który przebywał w KOZZD na podstawie zabezpieczenia cywilnego, został umieszczony w zakładzie psychiatrycznym w związku z zastosowanie wobec niego tego rodzaju środka zabezpieczającego.

w 2015 r.), że nagrania z monitoringu zawierały tylko wizję, bez fonii. W momencie rejestrowania przypadków użycia środków przymusu bezpośredniego lub pojawienia się zarzutów niewłaściwego zachowanie personelu, nagranie wraz z fonią jest szczególnie ważne dla oceny praworządności zastosowania środków przymusu bezpośredniego lub weryfikacji postępowania pracowników Ośrodka. Sama wizja nie oddaje całości sytuacji dla organu kontrolującego. Jak wskazał kierownik ochrony, interpretacja przepisu art. 7 ust. 2 ustawy, stanowiącego że „monitorowany obraz lub dźwięk jest utrwalany", została tak przyjęta w Ośrodku, że utrwala się wyłącznie wizję.

W następstwie wizytacji przedstawiono następujące nowe rekomendacje i uwagi, w stosunku do roku 2015:

1. Obowiązujące regulaminy wewnętrzne Ośrodka powinny być jak najbardziej precyzyjne i być zgodne z normami konstytucyjnymi. Każdy regulamin powinien być opatrzony datą jego wydania i podpisem Dyrektora KOZZD. Regulamin nie może stanowić o ograniczeniu praw wynikających z Konstytucji, jeżeli ich ograniczenie nie zostało wprowadzone w drodze ustawy. Zaleca się zatem dokonanie przeglądu obowiązujących regulacji wewnętrznych Ośrodka, celem dostosowania ich treści do obowiązujących przepisów prawa.
2. Należy dążyć do takiego zorganizowania zasad funkcjonowania Ośrodka, aby nie dochodziło do wprowadzania różnic pomiędzy poszczególnymi oddziałami w różnych aspektach życia codziennego oraz aby warunki pobytu odpowiadały obowiązującym przepisom prawa (te różnice dostrzegano także w kolejno otwieranych oddziałach, zwłaszcza w porównaniu do oddziału I).
3. Warto rozważyć możliwość wydłużenia czasu przeznaczonego na pobyt na świeżym powietrzu, zwłaszcza wobec przepełnienia pokoi (8-osobowe) oraz braku możliwości wywietrzenia pokoi (w okresie letnim panuje w nich zaduch, a otwiera się wyłącznie górny lufcik okna).
4. Zaleca się zorganizowanie pomieszczenia depozytu w taki sposób, aby pacjenci mieli możliwość oddania do niego swoich rzeczy. Z relacji pacjentów wynika, iż obecnie są oni zobligowani do trzymania swoich rzeczy w ośmioosobowych pokojach, gdzie ilość szafek jest niewielka.
5. Warto rozważyć wprowadzenie możliwości wykonania na prośbę pacjenta kserokopii dokumentów, za określoną z góry ustaloną opłatą.
6. Zaleca się wyznaczenie określonego dnia, kiedy Dyrektor Ośrodka będzie przyjmował pacjentów na rozmowy indywidualne.
7. Zaleca się przyjęcie w Ośrodku innej formuły wydawania posiłków w oddziale II, aby wyeliminować oczekiwanie z wydaną porcją na korytarzu. Jako propozycję można wskazać rozwiązanie dwuetapowe. W pierwszej kolejności wydaje się posiłek dla pacjentów z dwóch pokoi, a po zwolnieniu jadalni, obiad spożywają pacjenci z kolejnych dwóch pokoi.
8. W regulaminie odwiedzin warto zamieścić punkt mówiący wprost co pacjent może ze sobą zabrać na widzenie, także w kontekście produktów spożywczych.

9. Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie powinien dysponować własną stroną internetową, w tym BIP-em, przybliżającą społeczeństwu zasady jego funkcjonowania i powody umieszczenia pacjentów w Ośrodku. Na stronach tych powinien być dostępny regulamin organizacyjno-porządkowy KOZZD oraz regulamin odwiedzin pacjentów.
10. Warto rozważyć zapewnienie pacjentom możliwość korzystania z komputera oraz dostępu do BIP poszczególnych instytucji, strony ETPC, RPO, LEX[41].

Treść powyższych rekomendacji pokazuje, że kolejne wizytacje, rozmowy z pacjentami, analiza zasad życia w KOZZD, pozwalały organom wizytującym na skonstruowanie coraz większej liczby zaleceń. Z czasem ich zakres jeszcze bardziej się powiększał, co pokazuje wykaz rekomendacji po wizytacji KMPT w roku 2019.

W odpowiedzi na przesłane zalecenia, Dyrektor Ośrodka poinformował[42], że zostanie przeprowadzona ocena regulaminów wewnętrznych pod kątem ich zgodności z przepisami prawa, naniesiona data ich wydania i zostaną one opatrzone podpisem kierownika placówki. Podjęte też zostaną starania by zniwelować różnice, które w chwili obecnej występują pomiędzy poszczególnymi oddziałami Ośrodka. Dyrektor podkreślił jednocześnie, że wynikają one z braku przestrzeni lokalowej i będzie można je wyeliminować całkowicie dopiero w nowym 60-łóżkowym budynku KOZZD, który będzie dysponować 6 oddziałami.

Ponadto, w odpowiedzi udzielonej RPO, Dyrektor poinformował, że podejmuje działania mające na cele umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym osób chorych psychicznie, które obecnie przebywają w Ośrodku, jednak sądy podtrzymują decyzje o dalszym ich pobycie.

Odnośnie postulatu wydłużenia czasu przeznaczonego na pobyt pacjentów na świeżym powietrzu, zanegował taką możliwość. Będzie to możliwe dopiero po wybudowaniu nowego Ośrodka, gdzie zostanie zorganizowany większy teren rekreacyjny.

Obecnie każdy z oddziałów KOZZD ma wyznaczoną swoją godzinę spaceru, gdyż nie łączy się pacjentów z różnych oddziałów w trakcie pobytu na zewnątrz. Przedkładanie rekomendacji po wizytacjach w kolejnych latach w przedmiocie wydłużenia spaceru, doprowadziło ostatecznie do przyjęcia takiej możliwości w soboty i niedziele. Czas spaceru wydłużono w te dni do 1,5 godziny.

Jeśli chodzi o kwestie wietrzenia pokoi pacjentów, Dyrektor poinformował, że są one na bieżąco wietrzone. W przypadku opuszczenia sali przez wszystkich pacjentów wietrzenie odbywa się poprzez otwarcie okien, a w przypadku pozostawania pacjentów w środku, wietrzenie możliwe jest jedynie poprzez otwarcie lufcika.

---

[41] Rekomendacje zostały dosłownie przytoczone z notatki sporządzonej w następstwie wizytacji w 2017 r., gdyż autorka tekstu opracowała także tę notatkę powizytacyjna, IX.517.1702.2017.

[42] Pismo z dnia 31 sierpnia 2017 r., l. dz. KOZZD/AG/598/2017.

Poza tym Dyrektor poinformował, że ze względu na warunki lokalowe, nie ma możliwości wydzielenia większego pomieszczenia depozytowego z przeznaczeniem na rzeczy pacjentów.

Wskazał także, że ze względów organizacyjnych w tamtej chwili istniała jedynie możliwość wykonywania kserokopii dokumentacji medycznej pacjenta za określoną w regulaminie odpłatnością. Z czasem, wraz ze zgłaszaniem uwag przez organy wizytujące, ta praktyka zmieniła się i pacjenci zyskali również prawo wykonania odpłatnie kopii innych dokumentów.

Co istotne, Dyrektor poinformował, że indywidualne rozmowy z pacjentami będzie prowadził w miarę możliwości czasowych. Mimo takiej deklaracji w 2017 r., sytuacja nie zmieniła się do dnia dzisiejszego. Pacjenci wielokrotnie zgłaszają brak kontaktu z kierującym placówką.

W odpowiedzi zawarto także informację, że w regulaminie odwiedzin precyzuje się, że na spotkanie pacjent może zabrać ze sobą swój kubek, napój, słodycze oraz sprawdzone wcześniej przez informatyka urządzenia MP3 i MP4. Jednocześnie podkreślono, że pokój odwiedzin nie jest stołówką i warunki sanitarne nie pozwalają na spożywanie w nim posiłków.

W efekcie przedstawionych rekomendacji Dyrektor poinformował, że podjęte zostaną działania mające na celu stworzenie strony internetowej Krajowego Ośrodka, jak również BIP-u Ośrodka, gdzie zostaną zamieszczone obowiązujące w Ośrodku regulaminy. Tak też się stało i tę rekomendację należy uznać za zrealizowaną pozytywnie, podobnie jak zapewnienie dostępu do stron internetowych różnych instytucji – poprzez uruchomienie infokiosku.

V. Wizytacja w roku 2018

W dniu wizytacji w Ośrodku przebywało 49 pacjentów, rozmieszczonych w trzech oddziałach mieszalnych. Ponownie wizytujący odnotowali różnice w warunkach bytowych i zasadach funkcjonowania tych oddziałów.

W oddziale III, który w trakcie poprzednich wizytacji nie funkcjonował, znajdowały się na dzień wizytacji[43] trzy sale czteroosobowe[44]. Pokoje były otwarte, pacjenci mogli swobodnie poruszać w obrębie oddziału – takie zasady dotyczyły wszystkich oddziałów mieszkalnych. W łazience, jedynej dla mieszkańców całego oddziału, znajdowało się 6 umywalek, pralka automatyczna oraz suszarki na pranie. Odrębne pomieszczenie stanowiła toaleta, z dwiema kabinami oraz pisuarami. W łazience zawieszono lustra, z których odbity obraz z kabin prysznicowych, umożliwiał ogląd intymnych części ciała, pomimo aktywnej funkcji maskowania tych stref w samych

[43] Zaznaczono, że taki stan zastano w dniu wizytacji tj. 5–7 marca 2018 r., ponieważ liczba pacjentów w pokojach mieszkalnych zmieniała się, wraz z umieszczaniem w KOZZD kolejnych osób.

[44] Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1 obowiązującego wówczas rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1480), w Ośrodku znajdują się sale, nie większe niż 2-osobowe, przeznaczone dla osób umieszczonych. Umieszczanie pacjentów w salach czteroosobowych stanowi naruszenie ww. przepisu.

kabinach. Z informacji uzyskanych w Sądzie Rejonowym w Gostyninie[45] wynika, iż ta kwestia była przedmiotem pozwów pacjentów o naruszenie dóbr osobistych. W rezultacie Dyrektor KOZZD podjął decyzję o zdemontowaniu luster w łazience.

W oddziale funkcjonowała również sala do spotkań terapeutycznych, świetlica, kuchnia oraz wspólna dla personelu i pacjentów stołówka (przeznaczona dla 16 osób). W pokoju terapii zajęciowej umiejscowiony został infokiosk z dostępem do stron internetowych Rzecznika Praw Obywatelskich, Rzecznika Praw Pacjenta, Europejskiego Trybunału Praw Człowieka i Internetowego Systemu Aktów Prawnych oraz laptop (bez dostępu do internetu), przeznaczony także do gier lub zgrywania muzyki. Odpowiada to zatem wydanym w trakcie poprzedniej wizytacji zaleceniom. Mimo dostępności do przedmiotowej oferty, pacjenci skarżyli się, że problemy techniczne utrudniały korzystanie z infokiosku – wolna praca komputera nie pozwalała na skuteczne zapoznanie się z wybranymi informacjami.

W oddziale wyodrębniono także pojedynczą salę, w której znajdowało się łóżko do stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia (dostęp z 3 stron), w przedsionku natomiast toaleta z WC. Wszystkie pomieszczenia sali były objęte systemem monitoringu.

W oddziale III obowiązywała zasada spożywania posiłków w stołówce, niemniej jednak część posiłków pacjenci mogli spożyć w swoich pokojach.

Nowe, w stosunku do poprzednich, rekomendacje, jakie zostały wydane po wizytacji w roku 2018, były następujące:

1. Należy bezwzględnie przestrzegać przepisu art. 42 ust 2 pkt 2 ustawy, stanowiącego o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu osoby z pasów lub kaftana bezpieczeństwa, stosowanym nie rzadziej niż co 4 godziny.
2. Będący na wyposażeniu placówki kask ochronny nie został wymieniony w art. 36 ustawy jako środek przymusu bezpośredniego, a zatem nie powinien być stosowany wobec pacjentów.
3. Kamery w pokoju widzeń w trakcie spotkania pełnomocnika z pacjentem powinny zostać przesłonięte. Zasadne jest rozważenie wyodrębnienia oddzielnego pomieszczenia do tego rodzaju spotkań, pozbawionego nadzoru za pomocą kamer. Należy również rozważyć możliwość przeprowadzania widzeń bez obecności funkcjonariuszy ochrony, którzy pozostawaliby przed wejściem do sali widzeń lub w pobliskiej dyżurce ochrony.
4. Należy kontynuować działania, celem umieszczenia osób chorujących psychicznie w szpitalu psychiatrycznym. KOZZD nie jest właściwym miejscem dla takich osób.
5. Warto rozważyć zapewnienie pacjentom możliwość korzystania z własnych komputerów typu laptop (bez funkcji Internetu) oraz dostępu do komunikatora Skype pod nadzorem pracowników Ośrodka.

[45] Spotkanie z sędziami Sądu Rejonowego w Gostyninie, prowadzącymi sprawy cywilne i karne dotyczące pacjentów KOZZD, spotkały się w dniu 3 lutego 2020 r. dr Hanna Machińska i dr Ewa Dawidziuk.

Powtarzające się z lat poprzednich rekomendacje pominięto, aby wskazać na nowe zagadnienia, jakie ujawniły się w toku wizytacji. Dyrektor nie odpowiedział na przesłany raport. W praktyce jednak można wskazać, że do dnia dzisiejszego w Ośrodku nie ma możliwości kontaktu z osobami z zewnątrz poprzez Skype, nadal pokój odwiedzin jest wyposażony w kamerę, która w trakcie spotkań z pełnomocnikiem nie jest przesłaniana, a osoby chorujące psychicznie wciąż przebywają w Ośrodku. Te zalecenia powizytacyjne nie zostały zatem zrealizowane. Pierwsze dwie rekomendacje trudno zaś ocenić bez zweryfikowania tych zagadnień na miejscu w placówce.

VI. Wizytacja w roku 2019

W trakcie przeprowadzania wizytacji przez KMPT w dniach 18–20 lutego 2019 r. w Ośrodku przebywało 65 pacjentów i funkcjonował już oddział IV.

Odnotowano, że przekroczenie zakładanej pojemności placówki wpływa bardzo negatywnie na pacjentów, utrudnia prowadzenie oddziaływań terapeutycznych, a przede wszystkim potęguje napięcie pomiędzy pacjentami a personelem Ośrodka.

Warto zauważyć, że tworząc KOZZD ustawodawca zakładał, że będą tam pokoje nie większe niż dwuosobowe[46]. Tymczasem w trakcie wizytacji w trzech z czterech oddziałów sale wyposażone były w piętrowe łóżka, kojarzące się nie z podmiotem leczniczym jakim jest Ośrodek, ale z jednostkami penitencjarnymi.

Jak wynikało z informacji przekazanych przez pracowników KOZZD, jeszcze do niedawna w pokojach tych było zakwaterowanych po 8 osób. Uruchomienie czwartego oddziału pozwoliło na poprawę warunków lokalowych i rozmieszczenie pacjentów na większej powierzchni mieszkalnej. Piętrowe łóżka jednak pozostały. Szybko zresztą zostały wykorzystane na potrzeby kolejnych osób kierowanych do Ośrodka.

Różnice w infrastrukturze czterech oddziałów mieszkalnych powodowały, że w treści regulaminów wewnętrznych oddziałów nadal można było znaleźć pewne różnice w zasadach codziennego funkcjonowania. Na przykład, w przypadku oddziału I pacjenci mogli spożywać główne posiłki w stołówce lub w swojej sali, w pozostałych oddziałach tylko w pomieszczeniu stołówki. Pacjenci wskazywali także, że ze względu na ograniczenia lokalowe nie mogą posiadać w sali wielu swoich rzeczy osobistych, co stanowi przedmiot wielu konfliktów.

W następstwie przeprowadzonej wizytacji KMPT wydało szereg rekomendacji. Ministrowi Zdrowia zaleciło:

[46] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (Dz.U. z 2018 r., poz. 1734) zastąpiło termin „sale, nie większe niż 2-osobowe," pojęciem „sale łóżkowe".

„zrewidowanie dotychczasowych zasad funkcjonowania KOZZD i podjęcie działań legislacyjnych mających na celu stworzenie kompleksowych przepisów regulujących działalność Ośrodka z poszanowaniem konstytucyjnych praw jednostki oraz standardów międzynarodowych, które powinny określać m.in.:

1) wprowadzenie na poziomie centralnym możliwości weryfikowania zasadności kierowania osób do KOZZD – to nowy postulat, który nie pojawiał się wcześniej. Zgodnie z nim należy stworzyć komisję ekspercką, której członkowie specjalizowaliby się w ocenie prawdopodobieństwa popełnienia czynów z użyciem przemocy;
2) prawa i obowiązki pacjentów Ośrodka. Kwestie te nie mogą wynikać z nieustannie zmienianego regulaminu wydawanego przez Kierownika KOZZD, przepisy powinny uwzględniać m.in. możliwość korzystania z tzw. przepustek losowych;
3) zasady przeprowadzania kontroli osobistych pacjentów;
4) obligatoryjne nagrywanie wizji i fonii w ramach monitoringu wizyjnego stosowanego podczas zastosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci izolacji i unieruchomienia;
5) wzory kart używanych w przypadku zastosowania środków przymusu bezpośredniego;
6) odpowiednią do potrzeb terapeutycznych pacjentów liczbę personelu zatrudnionego w Ośrodku".

W stosunku do Dyrektora KOZZD KMPT wydał następujące rekomendacje:

1) „wprowadzenie procedur mających na celu zminimalizowanie ryzyka występowania złego traktowania pacjentów oraz cykliczne przypominanie personelowi o konieczności traktowania i odnoszenia się do pacjentów z szacunkiem;
2) opracowanie zasad postępowania kierownictwa placówki w przypadku uzyskania informacji na temat molestowania seksualnego i innych form dyskryminacji mających miejsce zarówno wobec pacjentów, jak i pracowników KOZZD;
3) zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu praw pacjenta, kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku;
4) wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla całego personelu,
5) wsparcie personelu w dalszym rozwoju zawodowym m.in. poprzez dofinansowywanie specjalistycznych szkoleń i kursów;
6) zaprzestanie przeprowadzania przez personel KOZZD kontroli osobistej pacjentów; w przypadku podejrzenia posiadania niebezpiecznych przedmiotów kontroli takiej powinni dokonywać funkcjonariusze Policji;

7) zrezygnowanie z noszenia w widocznym miejscu środków przymusu bezpośredniego przez pracowników ochrony; sprzęt ten powinien być dostępny w wyznaczonych na oddziałach miejscach;
8) odstąpienie od praktyki obligatoryjnego użycia kajdanek w przypadku transportu pacjenta poza KOZZD;
9) przypomnienie personelowi o konieczności przeprowadzania przeszukań pokoi z poszanowaniem praw pacjentów, w tym prawa do prywatności i tajemnicy korespondencji. Mechanizm prosi też o informacje na jakiej podstawie i w jakim celu do dokumentacji indywidualnej zostały włączone prywatne notatki i zapiski pacjentki;
10) zrezygnowanie z dotychczasowego systemu odbierania przywilejów, który nie ma oparcia w przepisach ustawy, a jest traktowany jako środek dyscyplinujący;
11) umożliwienie osobistego kontaktu pacjentom i osobom ich odwiedzającym;
12) odstąpienie od dotychczasowej praktyki obecności strażnika w czasie spowiedzi;
13) umożliwienie odbywania swobodnych rozmów z pełnomocnikami w warunkach zapewniających poufność;
14) wyjaśnianie bezpośrednio z pacjentem ewentualnych wątpliwości co do ustanowienia pełnomocnika;
15) określanie w zarządzeniu Dyrektora o przeszukaniu pomieszczenia informacji na temat przyczyny wydania decyzji;
16) precyzyjne określanie przesłanek decyzji o ograniczeniu kontaktów pacjentów ze światem zewnętrznym oraz powiadamianie sądu o wprowadzonych ograniczeniach;
17) zaprzestanie stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia na żądanie pacjenta;
18) zrewidowanie dotychczasowych zasad prowadzenia terapii, z uwzględnieniem rozwiązań przedstawionych w raporcie KMPT;
19) zrezygnowanie z prowadzenia Kart Agresji;
20) informowanie lekarzy spoza KOZZD o możliwości przeprowadzania konsultacji lekarskich bez udziału pracowników ochrony;
21) zapoznanie personelu medycznego z Protokołem Stambulskim[47] i stosowanie wskazanych w nim map ciała;
22) prowadzenie dokumentacji indywidualnej pacjentów z wyraźnym podziałem na część medyczną i urzędową, a przy tym umieszczanie arkuszy badań psychologicznych w odrębnie opisanych kopertach i przechowywanie ich poza dokumentacją medyczną czy psychologiczną;

[47] Protokół Stambulski jest dokumentem przygotowanym przez Organizację Narodów Zjednoczonych, który stanowi podręcznik skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania – https://www.rpo.gov.pl/pl/content/protokol-stambulski-polecamy [dostęp: 26.06.2020 r.].

23) ułatwienie wglądu pacjentów do dokumentacji medycznej, w tym zapewnienie dostępu do indywidualnego planu terapii;
24) ściślejszą kontrolę nad tym, kto ma dostęp do podglądu z kamer monitoringu oraz zamontowanie przesłony przy największym stanowisku umożliwiającym podgląd monitoringu, który znajduje się w korytarzu przy wejściu na oddziały;
25) zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiedniej wentylacji podczas planowanych prac remontowych Ośrodka;
26) umożliwienie pacjentom częstszego korzystania z sali rekreacyjnej oraz ze spacerów, w tym także na części terenu zielonego, na którym wcześniej odbywały się spacery;
27) zainstalowanie udogodnień dla pacjentów z niepełnosprawnością w przynajmniej jednej sali oraz sanitariacie przy okazji najbliższego remontu"[48].

Treść wydanych przez KMPT rekomendacji została przytoczona w pełnym wymiarze. Pokazuje ona bowiem czytelnikom skalę problemów, które wyraźnie narastają wraz z kolejnymi latami działalności KOZZD. Są też coraz bardziej dostrzegalne przez wizytujących. Ich treść dosadnie pokazuje szeroki zakres wciąż istniejących problemów i skalę potrzebnych modyfikacji praktyki postępowania wobec pacjentów.

W odpowiedzi na wydane rekomendacje Dyrektor KOZZD wskazał[49], że w przypadku dwóch pacjentów stwierdzono chorobę psychiczną, jednakże mimo wielokrotnego występowania o przeniesienie ich do szpitali psychiatrycznych, sąd nie podjął takiej decyzji.

Dyrektor podniósł, że prowadzenie psychoterapii grupowej wobec pacjentów z obniżonymi funkcjami poznawczymi nie jest możliwe. Utrudnione jest też prowadzenie terapii grupowej dla osób z zaburzeniami osobowości. Stąd w ich przypadku także preferuje się indywidualne spotkania z psychologiem, seksuologiem i terapeutą odwykowym.

W związku z brakiem regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania pacjentów w KOZZD kierownik Ośrodka był zmuszony uregulować te sfery życia społecznego regulaminem wewnętrznym Ośrodka, gdyż w przeciwnym razie panowałby chaos i zagrażałoby to bezpieczeństwu Ośrodka. Wyjaśnił też, że „częste zmiany regulaminu wynikały z bieżących problemów dnia codziennego, z którymi personel Ośrodka spotykał się na początkowym etapie działalności. Wielokrotnie zdarzało się, że nowe zmiany wprowadzane w regulaminie były z korzyścią dla pacjentów, np. umożliwienie korzystania z infokiosku, wprowadzenie szerszego asortymentu zakupowego, możliwość korzystania z konsoli do gier w każdym oddziale, możliwość codziennego wysyłania listów – wcześniej listy były odbierane w określone dni tygodnia, jednak przychylono się do prośby pacjentów dotyczącej tej kwestii".

48 https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyci%C4%85g%20-%20KOZZD%20Gostynin%202019.pdf [dostęp: 26.06.2020 r.].
49 Pismo Dyrektora KOZZD z dnia 16 maja 2019 r., l. dz. KOZZD/KD/415/2019.

Poza tym, Dyrektor wyjaśnił, że spacery odbywają się na terenie rekreacyjnym Ośrodka, który jest zlokalizowany obok drogi pożarowej. Znajduje się tam trawnik, boisko do siatkówki i ławki oraz parasole przeciwsłoneczne do dyspozycji pacjentów.

W kontekście traktowania jedynej kobiety umieszczonej w Ośrodku, Dyrektor podkreślił, że personel każdorazowo reaguje na wszelkie przejawy dyskryminacji związanej z płcią i nigdy nie doszło do molestowania seksualnego. Celem polepszenia komfortu pacjentki w KOZZD zostały zatrudnione 3 kobiety na stanowiskach pracowników ochrony.

Dyrektor podkreślił, że „żadne nieprawidłowe zachowania pracowników Ośrodka w stosunku do pacjentów, polegające na używaniu słów wulgarnych, naśmiewaniu się z nich, nie mają miejsca, a już w żadnym wypadku nie występują przypadki ich złego traktowania w postaci szarpania, popychania, kopania i nadmiernego używania siły w przypadku stosowania przymusu bezpośredniego".

Oprócz tego, Dyrektor poinformował, że ograniczenie możliwości kontaktu pacjenta za pomocą telefonu komórkowego podlega weryfikacji przez sąd. Decyzje sądowe, zawsze podtrzymywały stanowisko Kierownika Ośrodka w tym zakresie. Także każda kontrola pomieszczeń może zostać zweryfikowana przez sąd, gdyż pacjenci otrzymują stosowne zarządzenia w tych sprawach, od których przysługuje im odwołanie do sądu. W Ośrodku nie są natomiast przeprowadzane kontrole osobiste pacjentów.

W kontekście uwag zawartych w raporcie na temat wyposażenia pracowników ochrony Dyrektor zwrócił uwagę, że od początku funkcjonowania Ośrodka nigdy nie wystąpiła konieczność użycia pałki wobec pacjenta. Stosowanie kajdanek w czasie badania lekarskiego poza Ośrodkiem jest natomiast pozostawione do decyzji lekarza konsultanta. Obecność pracowników ochrony w czasie badania lekarskiego przeprowadzanego na zewnątrz wynika zaś wyłącznie ze względów bezpieczeństwa.

W kontekście widzeń, zdaniem Dyrektora umożliwienie pacjentowi osobistego kontaktu cielesnego z osobami bliskimi wiązałoby się z realnym ryzykiem przemycenia na teren Ośrodka środków niedozwolonych. Podkreślił, że nigdy nie miały miejsca przypadki ograniczania kontaktów pacjenta z pełnomocnikiem.

Dyrektor Ośrodka pozytywnie ustosunkował się do rekomendacji zapewnienia pracownikom szkoleń z zakresu praw pacjenta, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, kontaktu z trudnym pacjentem i rozwiązywania konfliktów. W miarę możliwości zostanie także rozważona kwestia zorganizowania warsztatów superwizyjnych dla personelu Ośrodka. Personelowi medycznemu przekazał Protokół Stambulski, celem zapoznania się z nim.

Dyrektor wyjaśnił, że pracownik ochrony jest obecny w pomieszczeniu, w którym ma miejsce sakrament pokuty, jednak ze względu na znaczną odległość dzielącą go od miejsca spotkania kapłana ze spowiednikiem, nie ma on możliwości usłyszenia treści spowiedzi.

Jednocześnie Dyrektor KOZZD załączył stanowisko personelu Ośrodka na przesłany raport KMPT. Pracownicy wyrazili sprzeciw co do zawartych w nim treści, uznali że jest on niezgodny z prawdą, krzywdzący dla kadry placówki i oparty w głównej mierze na relacjach pacjentów.

VII. Aktualna sytuacja w roku 2020

Bieżące problemy w funkcjonowaniu KOZZD wiążą się z dalszym zaludnianiem placówki (na dzień 26 czerwca 2020 r. w KOZZD przebywało już 90 pacjentów), obostrzeniami wdrożonymi od marca 2020 r. w związku z ogłoszeniem przez WHO pandemii koronawirusa oraz protestem głodowym pacjentów KOZZD, rozpoczętym w dniu 23 czerwca 2020 r.

W przedmiocie funkcjonowania KOZZD w dobie koronawirusa, Rzecznik Praw Obywatelskich zorganizował seminarium on-line w dniu 14 maja 2020 r. Pandemia postawiła bowiem wszystkie miejsca pozbawienia wolności przed szczególnym problemem podjęcia działań, które zapobiegną rozprzestrzenianiu się Covid-19, a jednocześnie koniecznością ograniczenia pewnych praw przebywających w takich miejscach osób. Stąd instytucje międzynarodowe wydały szereg zaleceń[50] w kierunku zapobiegania niedozwolonym formom traktowania osób pozostających w miejscach odosobnienia.

W rezultacie przeprowadzonej w czasie seminarium dyskusji, Zastępczyni RPO skierowała do Dyrektora KOZZD[51] szereg pytań w kontekście wprowadzonych zakazów. Między innymi zapytała o wdrożone działania kompensujące wprowadzone ograniczenia, z myślą o poprawie atmosfery, która jest ważna w każdym miejscu pozbawienia wolności.

Wraz z ogłoszeniem przez WHO pandemii koronawirusa, Dyrektor KOZZD wstrzymał możliwość przeprowadzania wszystkich widzeń[52], korzystania z usług kurierskich, zamawiania posiłków z zewnątrz, dokonywania zakupów w sklepach on-line, wyłączył także klimatyzatory, zainstalowane w częściach wspólnych Ośrodka, zakazał wypożyczania książek z biblioteki wewnętrznej. Pacjenci zwracają się w tym przedmiocie do RPO. Są przekonani, że brak bezpośrednich spotkań z bliskimi mógłby być rekompensowany możliwością przeprowadzenia rozmowy za pośrednictwem komunikatora internetowego Skype, ale nie otrzymują zgody na taką formę utrzymywania kontaktu z rodziną.

---

[50] Przygotowanie, zapobieganie i kontrola C0VID-19 w zakładach karnych i innych miejscach pozbawienia wolności, wydane przez WHO: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Przygotowanie%2C%20zapobieganie%20i%20kontrola%C2%A0C0VID19%20w%20zak%C5%82adach%20karnych%20i%20innych%C2%A0miejscach%20pozbawienia%20wolno%C5%9Bci%20.pdf [dostęp: 26.06.2020 r.].

[51] Pismo Zastępczyni RPO z 22 maja 2020 r. do Dyrektora KOZZD, IX.517.1013.2020.

[52] Komunikat zamieszczony na stronie BIP KOZZD brzmi: „W związku z ogłoszonym w dniu 14.03.2020r. stanem zagrożenia epidemicznego na terenie Polski, w celu ograniczenia rozszerzania się zakażeń koronawirusem, na terenie KOZZD obowiązuje do odwołania CAŁKOWITY ZAKAZ ODWIEDZIN, w tym kuratorów, pełnomocników i przedstawicieli ustawowych. W obecnej sytuacji kontakt z pacjentami możliwy jest za pomocą telefonu bądź pocztą tradycyjną".

Biorąc pod uwagę treść art. 29[53] ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., jak również sytuację epidemiologiczną i standardy innego rodzaju miejsc pozbawienia wolności, gdzie rozmowy przez Skype z rodzinami zastąpiły tradycyjne widzenia bezpośrednie, należy stwierdzić, że zmiana obecnej praktyki w Ośrodku w zakresie korzystania ze środków komunikacji elektronicznej jest konieczna. Przesłanki odmowy wyrażenia zgody na kontakt za pomocą elektronicznych środków przekazu są zaś precyzyjnie określone w ustawie i nie mogą być rozszerzane.

Psycholodzy, uczestniczący we wspomnianym spotkaniu on-line, podkreślali, że dodatkowe obostrzenia w miejscach detencji są bodźcem szczególnie stresogennym i budującym napięcie emocjonalne. Ponadto, brak w KOZZD społeczności terapeutycznej i oddziaływań w postaci terapii grupowej, które dałyby możliwość odreagowania frustracji, a przede wszystkim służyły informowaniu o problemach pacjentów i reagowaniu na nie na bieżąco, także nie sprzyja dobrej atmosferze w Ośrodku. Konieczne są więc działania, które pozwolą na rozładowanie destruktywnych emocji i poprawią relacje interpersonalne między pacjentami a personelem Ośrodka.

Jasny, konkretny przekaz Dyrektora o wdrożonych nowych zasadach wynikających z Covid-19, powodach ich wprowadzenia i przewidywanym przedziale czasowym ich obowiązywania, jest bardzo ważny. Poza tym, systematyczna obecność na każdym z oddziałów mieszkalnych, rozmowy z pacjentami, zapewne pozwoliłyby pozytywnie wpłynąć na atmosferę w KOZZD. Taki model jest preferowany w ośrodkach zagranicznych, których cele odpowiadają Ośrodkowi w Gostyninie[54].

W dniu 23 czerwca 2020 r. 30 pacjentów Ośrodka ogłosiło strajk głodowy, przedstawiając określone postulaty zmian. Pacjenci oczekują przede wszystkim poprawy warunków bytowych. Żądają uruchomienia zainstalowanych w KOZZD klimatyzatorów oraz zamontowania kolejnych w pokojach mieszkalnych pacjentów wobec wysokich temperatur panujących w środku i braku możliwości wywietrzenia pomieszczeń. Pacjenci zgłosili żądania zniesienia restrykcji wprowadzonych w dobie pandemii koronawirusa, jak również zmiany na stanowisku Dyrektora KOZZD oraz kierownika ochrony. Postulują odstąpienie od prewencyjnego stosowania kajdanek w czasie badań lekarskich na zewnątrz Ośrodka czy w trakcie posiedzenia sądu. Oczekują stworzenia możliwości comiesięcznych spotkań z Dyrektorem Ośrodka, oraz zezwolenia na prowadzenie rozmów przez Skype[55].

[53] Art. 29 ust. 1 - Osoba stwarzająca zagrożenie umieszczona w Ośrodku ma prawo, za zgodą kierownika Ośrodka, do kontaktu z innymi osobami za pośrednictwem telefonu lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a także prawo do kontaktu osobistego z osobami ją odwiedzającymi. Ustęp 2 - Kierownik Ośrodka może odmówić zgody lub cofnąć zgodę na określony sposób kontaktu lub kontakt z określonymi osobami, jeżeli kontakt taki może spowodować wzrost zagrożenia niebezpiecznymi zachowaniami ze strony osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku albo zakłócić prowadzone postępowanie terapeutyczne.

[54] Autorka niniejszego rozdziału przygotowała wskazane pismo, stąd przytoczenie pewnych fragmentów.

[55] Zob. http://monitorkonstytucyjny.eu/archiwa/14410 [dostęp: 29.06.2020 r.].

Sprawa ta jest monitorowana przez Rzecznika Praw Obywatelskich, który skierował w tym przedmiocie wystąpienie do Ministra Zdrowia[56], podkreślając, że aktualny protest pacjentów należy traktować jako wyraz skali nagromadzonych i nierozwiązanych spraw, a resort zdrowia nie może dłużej pozostawać obojętny wobec tej sytuacji. W kontekście treści pisma Zastępczyni RPO, gdzie sygnalizowano potrzebę rozmów z pacjentami na temat przedłużających się obostrzeń w dobie koronawirusa, obecny protest w KOZZD nie dziwi. Decyzje podejmowane w kierunku ograniczania praw osób pozbawionych wolności muszą bowiem uwzględniać konieczność zapobiegania różnego rodzaju zdarzeniom nadzwyczajnym, w tym zbiorowym wystąpieniom.

Oprócz Ministra Zdrowia, aktualną, napiętą sytuacją w KOZZD został zainteresowany Rzecznik Praw Pacjenta oraz sędzia wizytator z SO w Płocku. Do Ośrodka został skierowany mediator.

W przedmiocie protestu głodowego, jak również ingerencji w warunki pobytu pacjentów w Ośrodku, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego mógłby odegrać znaczącą rolę[57]. Należy jednak przy tej okazji zwrócić uwagę, że Rzecznik Praw Pacjenta wycofał z KOZZD dedykowanego wcześniej dla tej placówki Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Cieszył się on zaufaniem pacjentów, o czym mówili przedstawicielom RPO. Był obecny na miejscu, co pozwalało na bieżące rozpatrywanie skarg i zajmowaniem się sprawami pacjentów. Został jednak przeniesiony do wykonywania zadań służbowych do Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie. Decyzja o wycofaniu została podjęta mimo treści art. 32 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. Stanowi on, że do ochrony praw osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku stosuje się odpowiednio art. l0b, art. 43 i art. 44 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Z brzmienia art. l0b tej ustawy wynika natomiast, że ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Rzecznik Praw Obywatelskich postulował kilkukrotnie przywrócenie na terenie KOZZD funkcji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego[58]. Do dnia dzisiejszego to nie nastąpiło, mimo że już w 2018 r. wskazywano na prowadzone przez pacjentów protesty głodowe i napiętą atmosferę wewnątrz placówki.

W kontekście warunków pobytu oraz aktualnych problemów w KOZZD aktywnej postawy można też oczekiwać od sędziego wizytatora z SO w Płocku. Sędzia SO w Płocku przeprowadziła

[56] Wystąpienie RPO do Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2020 r., IX.517.1376.2020.

[57] Przepis art. 10 b ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego określa, iż do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy w szczególności pomoc w dochodzeniu przez pacjentów praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego, wyjaśnianie ustnych i pisemnych skarg pacjentów, współpraca z ich rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, czy też opiekunami prawnymi lub faktycznymi, a także działania edukacyjno-informacyjne w zakresie przysługujących im praw pacjenta.

[58] Wystąpienie Zastępczyni RPO z dnia 20 czerwca 2018 r. do Zastępcy Rzecznika Praw Pacjenta, IX.517.1702.2017; wystąpienie RPO z dnia 14 grudnia 2018 r. do Rzecznika Praw Pacjenta, IX.517.384.2018.

wizytację w dniu 26 czerwca 2020 r. wobec napływających do niej informacji o kryzysowej sytuacji wewnątrz placówki.

W zakresie bieżących spraw i na tle pandemii koronawirusa, jak i zakażeń pracowników KOZZD odrą w 2019 r., warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną kwestię. W Ośrodku nie została wydzielona izba chorych z łóżkami dla osób, które muszą być izolowane, ze względu na podejrzenie zarażenia chorobą zakaźną, czy już stwierdzone przypadki chorobowe. Zakażenie odrą dotyczyło pracowników Ośrodka, a żaden z pacjentów nie zaraził się. Szczęśliwie, do tej pory nie wystąpiły również żadne przypadki zakażenia koronawirusem. Jednakże gdyby do tego doszło, a pacjent przechodziłby to łagodnie i nie wymagał hospitalizacji w szpitalu jednoimiennym zakaźnym, powinien on być izolowany od pozostałych pacjentów. W tego typu miejscach jak KOZZD bardzo łatwo doszłoby bowiem do transmisji poziomej, podobnie jak miało to miejsce w DPS-ach. W praktyce jednak takich pomieszczeń nie zorganizowano dotąd w Ośrodku, ze względu na brak możliwości lokalowych i nawet osoby nowoprzyjmowane do KOZZD w dobie Covid-19, nie przebywały na dwutygodniowej kwarantannie, która pozwoliłaby na obserwację stanu zdrowia nowych pacjentów. Takich osób było dotąd cztery. Sądy traktują bowiem sprawy prowadzone na podstawie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. jako pilne[59]. W praktyce były kierowane do oddziału I, gdzie funkcjonują najmniejsze, dwuosobowe pokoje mieszkalne.

Omawiając aktualne warunki pobytu w KOZZD należy zwrócić uwagę na jeszcze jedno zagadnienie, nie podnoszone w raportach z wizytacji ani w skargach pacjentów. Mianowicie kolorystyka pomieszczeń Ośrodka zwraca uwagę w negatywnym tego słowa znaczeniu. Załączone w indeksie nr 2 zdjęcia z Ośrodka w Gostyninie oraz analogicznych placówek w Rosdorf i Zeeland, pozwalają na zestawienie tych miejsc. Jasne, przestronne pomieszczenia w stonowanych kolorach w ośrodkach zagranicznych kontraktują z wyglądem KOZZD – ściany pomalowano w jaskrawe kolory – odcienie fioletu, różu, czerwieni, a dodatkowo powieszono na nich kilka rzędów kolorowych, wyrazistych obrazów. Autorka wizytując wszystkie trzy placówki – w Polsce, w Niemczech i w Holandii, nie potrafi odpowiedzieć na nasuwające się pytanie, co kierowało dyrekcją Ośrodka w Gostyninie, aby właśnie w taki sposób urządzić tę placówkę terapeutyczną.

VIII. Przedmiot skarg pacjentów KOZZD

Pacjenci KOZZD kierują do Rzecznika Praw Obywatelskich wnioski w różnego rodzaju sprawach. Ich liczba początkowo była niewielka. W latach 2014–2018 było to po kilka, kilkanaście

[59] Przesądza to treść art. 14a ust. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. z 2020 r. poz. 374.

spraw rocznie. Największy wzrost nastąpił w 2019 r. i 2020 r. – odpowiednio kilkadziesiąt i kilkanaście wpływów[60].

W swoich skargach, kierowanych listownie, poprzez bezpłatną infolinię Biura RPO bądź przedstawianych w czasie wizytacji[61], pacjenci KOZZD podnoszą następujące kwestie:

– kwestionują swój pobyt w KOZZD, podkreślają, że odbyli w pełni karę pozbawienia wolności, a „teraz pozbawia ich się największej wartości jaką jest wolność", „nic gorszego nie mogło ich spotkać niż Gostynin";
– część pacjentów neguje czyn zabroniony, za który odbyli już karę pozbawienia wolności, podkreślając poszlakowość procesu karnego. Inni wprost mówią o swoich zaburzeniach na tle seksualnym;
– niektórzy piszą jeszcze z zakładu karnego, kiedy obawiają się, że mogą zostać objęci postępowaniem z ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. w związku z charakterem popełnionego przestępstwa, za który odbywają karę. Niekiedy w tej sprawie zwracają się także członkowie ich rodzin;
– przedstawiają proces ich umieszczenia w KOZZD – skierowanie do oddziału terapeutycznego na miesiąc przed końcem wieloletniej kary pozbawienia wolności, zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci elektronicznej kontroli miejsca pobytu i jednocześnie izolacji postpenalnej, „podstępne" przetransportowanie z zakładu karnego do Ośrodka (brak wcześniejszej wiedzy na ten temat);
– proszą RPO o wniesienie kasacji w ich sprawach (do dnia 26 czerwca 2020 r. RPO nie zdecydował się na taki środek zaskarżenia);
– zwracają uwagę na swój pobyt w Ośrodku na mocy postanowienia o zastosowaniu zabezpieczenia cywilnego;
– osoby, w stosunku do których Dyrektor KOZZD przedstawił pozytywną opinię do SO w Płocku, wskazując, że nie ma już dalszych przesłanek do pobytu w Ośrodku, zwracają uwagę na sposób pracy biegłych z listy SO w Płocku. Spotykają się z nimi w sali widzeń na około godzinnej rozmowie, w rezultacie której wystawiana jest negatywna opinia, niepozwalająca sądowi na zwolnienie z KOZZD. Pacjenci nie rozumieją dlaczego ta opinia jest ważniejsza od tej, którą przedstawili pracownicy Ośrodka, pracujący z nimi na co dzień;
– nie dostrzegają potrzeby swojego dalszego pobytu w KOZZD i proszą o udział przedstawicieli RPO w posiedzeniu sądu w charakterze obserwatora;

[60] Niestety zawodność systemu informatycznego zarządzania dokumentacją (EZD) nie pozwala na rzetelne wygenerowanie dokładnej liczby pism, jakie pacjenci KOZZD skierowali do Biura RPO.

[61] Rozmowy z pacjentami Ośrodka były prowadzone indywidualnie, w zamkniętych pokojach, w zasięgu wzroku (drzwi są przeszkolone), ale poza zasięgiem słuchu pracowników ochrony. Takich indywidualnych rozmów pracownicy Zespołu do spraw Wykonywania Kar przeprowadzili łącznie 67 – w czasie wizytacji w roku 2015, 2017 i 2018. Z pacjentami rozmawiano także wspólnie w świetlicach oddziałów mieszkalnych bądź w toku wizytacji pokoi mieszkalnych.

– zwracają uwagę na złe warunków bytowych, w szczególności: przeludnienie, brak prywatności w pokojach, brak miejsca na przechowywanie własnych rzeczy, wysokie temperatury w pokojach i brak możliwości ich wietrzenia czy posiadania wiatraków. Postulują zainstalowanie klimatyzatorów w salach mieszkalnych;
– wskazują na brak dostępu do komputera, brak możliwości porozmawiania z osobami bliskimi poprzez Skype, wysłania pisma faksem czy zarejestrowania karty sim;
– brak możliwości posiadania własnego telewizora w pokoju mieszkalnym oraz słaby odbiór sygnału radiowego;
– poczucie ubezwłasnowolnienia – „posiadam własną grzałkę, ale nie mogę zaparzyć sobie herbaty czy kawy". Czyni to personel KOZZD i przekazuje pacjentowi ostudzony napój. Może on posiadać plastikowe kubki, sztućce, czynność golenia odbywa się wyłącznie w towarzystwie pracownika ochrony;
– trudności z wyrobieniem dowodu osobistego;
– naruszenie prawa do prywatności przy wykonywaniu rozmów telefonicznych (można je prowadzić tylko w pokojach, które są wieloosobowe) oraz zakaz pożyczania telefonu innemu pacjentowi, który go nie posiada;
– obecność pracownika ochrony w trakcie widzeń i zakaz przywitania się czy dotknięcia dłoni osoby bliskiej, która przyjechała na widzenie, zakaz zabierania na widzenie produktów spożywczych;
– przeprowadzanie kontroli osobistych – przy każdorazowym powrocie do Ośrodka z zewnątrz (dotyczy to głównie wyjazdów do sądu bądź do lekarza);
– nadzorowanie korespondencji urzędowej – z sądów, od Rzecznika Praw Obywatelskich, z Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu. W przeszłości skargi dotyczyły też braku możliwości wysłania listu poleconego, ale problem ten został wyeliminowany;
– dotyczące warunków spaceru – zbyt krótki, zorganizowany od strony drogi przeciwpożarowej, przerwany spacer z racji konieczności załatwienia potrzeb fizjologicznych nie może być kontynuowany bądź odbyty w innym terminie;
– odnoszące się do konwojowania, zakładania prewencyjnie kajdanek w czasie udzielania świadczeń medycznych na zewnątrz placówki bądź w sądzie;
– braku możliwości gry na gitarze w pokojach pacjentów, korzystania z gier planszowych;
– cenzurowania prasy i programów telewizyjnych przez pracowników KOZZD[62];
– braku możliwości wzięcia udziału w pogrzebie matki bądź ojca;

[62] Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie daje Dyrekcji Ośrodka podstaw prawnych do cenzurowania treści, które są ogólnodostępne i nie noszą znamion przestępstwa, a więc maja charakter erotyczny. Rzecznik nie posiada jednak wiedzy z zakresu seksuologii, by móc w sposób całościowy ocenić postępowanie administracji KOZZD w omawianym zakresie, stąd w dniu 19 czerwca 2020 r. Zastępczyni RPO zwróciła się o opinie do prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza, Prezesa Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, IX.517.1148.2020.

- chęć kontynuowania kształcenia oraz brak przepisów, które obecnie by to umożliwiały;
- stosowanie przez Dyrektora środków dyscyplinujących w postaci pozbawienia możliwości korzystania z telefonu komórkowego bądź dokonywania zakupów artykułów spożywczych. Pacjenci wskazują na brak informacji jak długo taka „kara" będzie stosowana;
- brak odpowiedniej opieki medycznej, w tym specjalistycznej;
- niewłaściwe zachowanie personelu KOZZD, poniżające traktowanie, które prowadzi w rezultacie do samouszkodzeń bądź protestu głodowego pacjentów. Szykany słowne ze strony pracowników, prowokowanie pacjentów do złych zachowań, notoryczne wypisywanie kart agresji;
- zwracają uwagę, że pracownicy ochrony „chodzą za nimi krok w krok", mimo że wszystkie pomieszczenia są monitorowane. Uwagi pod ich adresem dotyczyły również nierespektowania ciszy nocnej, zwłaszcza używania telefonów komórkowych, a także słownych prowokacji;
- pomieszczenia terapeutyczne są monitorowane, co przeszkadza pacjentom, wobec braku pewności czy ich rozmowa nie jest odsłuchiwana. Część pacjentów odmawia udziału w terapii;
- sposób wydawania posiłków – przez osobę bez czepka na głowie, w towarzystwie osób z zarostem, co zdaniem pacjenta narusza przepisy sanitarno-epidemiologiczne;
- otrzymywanie jednozdaniowych odpowiedzi na składane przez siebie wnioski lub ich nie uzyskiwanie w ogóle oraz brak możliwości indywidualnej rozmowy z Dyrektorem KOZZD. Nie zostały wyznaczone dni, kiedy pacjent może porozmawiać z kierownikiem tej placówki. Najczęściej dzieje się to wyłącznie przy okazji odbywającej się co 6 miesięcy procedury przedłużania pobytu w Ośrodku;
- przed dopuszczeniem zakupów on-line, pacjenci zwracali uwagę na ograniczony asortyment produktów jakie mogą zamówić, podkreślając że w przeszłości kwestia ta wyglądała lepiej. Zakupy realizowali wówczas pracownicy Ośrodka raz w tygodniu, a ich ilość była ograniczona do dużej torby. Pacjenci skarżyli się ponadto na konieczność zaopatrzenia się w artykuły higieniczne z własnych środków finansowych (Ośrodek finansuje te produkty tylko osobom nie posiadającym własnych środków finansowych);
- w przeszłości, dopóki nie rozwiązano pozytywnie tego zagadnienia, pacjenci skarżyli się również na niemożność uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej, niektórym odmówiono dostępu do tej dokumentacji, czy przegrania historii choroby na nośnik informacji typu pendrive. Brak możliwości wykonania odpłatnie kopii dotyczył także innych dokumentów, w tym sądowych;
- w dobie pandemii koronawirusa skargi dotyczyły: całkowitego zakazu odwiedzin, także przez pełnomocników, uniemożliwiania skontaktowania się z osobami z zewnątrz poprzez komunikator Skype, zakazu dokonywania zakupów artykułów spożywczych oraz korzystania z usług kurierskich innych firm niż Pocztex, zakazu zamawiania posiłków z zewnątrz, braku

możliwości przeprowadzenia na ten temat rozmowy z Dyrektorem, braku informacji o końcowym terminie wprowadzonych obostrzeń.

Powyżej przedstawiony wykaz wskazuje na przedmiot wniosków kierowanych do Biura RPO bądź zagadnień zgłoszonych w trakcie wizytacji, uwypuklając co jest najbardziej problematyczne dla pacjentów KOZZD. Nie oznacza on jednak, że wszystkie te zarzuty się potwierdziły bądź oznaczają uznanie skarg pacjentów za zasadne. Celem było zobrazowanie treści składanych wniosków, aby pokazać czytelnikowi zakres tematów. Wyraźnie odzwierciedlają one bowiem sposób funkcjonowania Ośrodka, panujące tam relacje pomiędzy pacjentami a personelem, wprowadzone zasady codziennego życia pacjentów.

IX. Podsumowanie

Opisane wyniki wizytacji i przedstawione rekomendacje, treść skarg podnoszonych przez osoby uznane za stwarzające zagrożenie dla społeczeństwa, pozwalają dostrzec, że w Ośrodku w Gostyninie pacjenci przebywają w trudnych warunkach lokalowych, które wciąż się pogarszają.

Warto zwrócić uwagę, że na dzień wydania wyroku przez Trybunał Konstytucyjny tj. 23 listopada 2016 r., który uznał ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. zasadniczo za zgodną z Konstytucja RP, liczba umieszczonych w Ośrodku wynosiła 23 osoby. Do czasu rozpoznania przez TK wniosków dotyczących ustawy, wiele spraw cywilnych było zawieszonych. Ich wznowienie spowodowało, że liczba pacjentów Ośrodka w ciągu pół roku wzrosła do 42 osób – na dzień 26 czerwca 2017 r.[63]. Tendencja wzrostowa utrzymuje się od tego momentu na jednakowym poziomie. Na dzień 26 czerwca 2020 r. liczba pacjentów osiągnęła poziom 90 osób. Nie dziwi zatem zbiorowe wystąpienie 30 pacjentów, którzy podjęli protest głodowy w dniu 23 czerwca 2020 r., żądając poprawy warunków ich pobytu w KOZZD. Sytuacja ta stanowi wynik nagromadzonych frustracji, wieloletnich starań o zmiany systemowe, ale też te dotyczące życia codziennego pacjentów.

W stosunku do odnotowywanych w raportach z wizytacji nieprawidłowości czy braku możliwości dostosowania warunków w KOZZD do obowiązujących przepisów prawa, wyraźnie widać opóźnioną reakcję prawodawcy. Akty wykonawcze do ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. były dotąd nowelizowane przez Ministra Zdrowia po długim czasie od zgłoszenia konkretnych problemów przez organy wizytujące.

Jeszcze bardziej razi brak reakcji ustawodawcy. Minister Sprawiedliwości, odpowiadając za treść ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., nie znowelizował jej, mimo że wymaga ona zmian kompleksowych, a ich uchwalenie mogłoby zdecydowanie wpłynąć na warunki pobytu w KOZZD – nie lokalowe, bo to odrębne zagadnienie wymagające decyzji organów władzy, ale od strony

[63] Uwagę tę odnotowano w raporcie z wizytacji w 2017 r., przygotowanym przez autorkę niniejszej publikacji.

zasad codziennego życia pacjentów, ich praw, obowiązków, podstaw ograniczenia określonych praw, środków dyscyplinujących, nagród, form aktywizacji, zasad przygotowania do opuszczenia Ośrodka. Uregulowanie na poziomie ustawy tych wszystkich zagadnień jest ważne dla każdego miejsca pozbawienia wolności. Pacjenci KOZZD są tych regulacji pozbawieni, a ich uchwalenie znacznie poprawiłoby warunki pobytu w Ośrodku. Chodzi bowiem o przemyślane zasady, które nie będą się co chwilę zmieniać – jak regulamin wewnętrzny placówki – z uwzględnieniem właściwej podstawy prawnej dla ograniczania praw konstytucyjnych, z poszanowaniem zasad określonych w ustawie zasadniczej oraz standardach międzynarodowych.

Niestety należy stwierdzić, że w przeciągu 6 lat funkcjonowania KOZZD, na skutek przedstawianych przez organy wizytujące rekomendacji, warunki życia umieszczonych tam osób zmieniały się tylko nieznacznie na lepsze. Pacjenci znając jednak ich treść byli coraz bardziej świadomi naruszania ich praw, co przekładało się na liczbę kierowanych do Biura RPO skarg. Zaczęli też składać pozwy o odszkodowanie bądź zadośćuczynienie do Sądu Rejonowego w Gostyninie. To także przyczyniło się do wycofania się przez Dyrektora z pewnych podjętych uprzednio decyzji (m.in. ściągnięto lustra z sanitariatów, pacjent piszący książki otrzymał dostęp do komputera). W przyszłości, skargi pacjentów KOZZD będą także przedmiotem rozpoznania przez ETPC.

Szereg podniesionych w zaleceniach powizytacyjnych kwestii nie uległo jednak zmianie. Przede wszystkim regulaminy wewnętrzne są wciąż bardzo często modyfikowane, a ich treść narusza normy wyższego rzędu. Według danych na dzień 26 czerwca 2020 r. pacjenci wciąż nie uzyskali zgody na prowadzenie rozmów z najbliższymi za pomocą komunikatora Skype. Dyrektor nie uwzględnił też wielokrotnie powtarzanych rekomendacji w przedmiocie nagrywania nie tylko wizji, ale również fonii z kamer telewizji przemysłowej w trakcie stosowania środków przymusu bezpośredniego. Nie zmieniło się też nic w zakresie udzielania widzeń, w trakcie których obecny jest pracownik ochrony, mimo monitoringu pomieszczenia i bliskości dyżurki ochrony. Dyrektor wyraźnie unika kontaktu z pacjentami, o czym przedstawiciele RPO słyszeli wielokrotnie i nadal nie wyznaczył dnia, kiedy pacjenci mogą z nim porozmawiać osobiście.

Nie rozpoczęto też budowy nowego obiektu Ośrodka ani nie wyznaczono kolejnych miejsc, do których można by kierować osoby uznane za stwarzające zagrożenie dla społeczeństwa. Przy obecnej liczbie pacjentów i trudnej atmosferze w Ośrodku, podjęcie wiążących decyzji w tym przedmiocie jest niezbędne i pilne. Państwo, tworząc przepisy pozwalające na izolację postpenalną, musi zapewnić warunki do ich realizacji.

To co się udało zmienić, to sposób dokonywania zakupów spożywczych, funkcjonowanie infokiosku (choć jest to rozwiązanie niedoskonałe), możliwość wykonania odpłatnie kopii dokumentów innych niż medyczne i respektowanie prawa pacjenta do zapoznania się z dokumentacją medyczną. Wydłużono także czas spacerów w weekendy do 1,5 godziny – choć jest to rozwiązanie dalekie od oczekiwanych. Stworzono także możliwość skorzystania z toalety w czasie pobytu

na świeżym powietrzu i możliwość powrócenia na dwór – wcześniej było to niemożliwe. Istnieje możliwość wysłania listu poleconego przez pacjentów KOZZD oraz zaprzestano nadzorowania listów od RPO oraz ETPC. Uruchomiono Biuletyn Informacji Publicznej KOZZD. W oddziale I sanitariaty znajdujące się w pokojach mieszkalnych osłonięto zasłonkami. Nie jest to jednak trwała zabudowa, jaka byłaby oczekiwana w pokojach wieloosobowych.

Te zmiany dotyczą prozaicznych kwestii związanych z codziennym życiem pacjentów w Ośrodku. Wydają się drobnymi sprawami, ale jakże ważnymi dla osób tam przebywających. Jednakże to tylko kropla w morzu potrzeb, aby warunki pobytu pacjentów w KOZZD sprowadzić do humanitarnego traktowania, zapewnić im godne zasady pobytu w izolacji postpenalnej, gdzie część z nich może spędzić resztę swojego życia. Dlatego też, uwzględniając uwagi przedstawione w poszczególnych rozdziałach tej monografii, w szczególności dotyczące niekonstytucyjności regulaminów wewnętrznych, zasad funkcjonowania analogicznych miejsc w Holandii i w Niemczech, zidentyfikowanych luk prawnych ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., ustawodawca powinien niezwłocznie przystąpić do kompleksowej jej nowelizacji, rozważając także wydanie odpowiednich aktów wykonawczych.

Zmiany ustawodawcze są bardzo potrzebne, podnoszone od lat przez specjalistów zajmujących się tą problematyka. Godne warunki życia pacjentów KOZZD to jednak nie tylko przepisy. Nie możemy zapominać, że na prawidłowe funkcjonowanie takiej placówki terapeutycznej wpływ ma jej kadra zarządzająca i zatrudniony w niej personel. Wzajemne relacje pomiędzy pacjentami a pracownikami są bardzo ważne, wzajemny szacunek, bieżące rozwiązywanie problemów, dialog. Kadra Ośrodka musi mieć zapewnioną superwizję, podnosić stale swoje kwalifikacje, korzystać z doświadczeń międzynarodowych w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi w postaci zaburzeń osobowości, zaburzeń preferencji seksualnych czy upośledzenia umysłowego, a także wykorzystywać formy terapii stosowane na całym świecie. Pracownicy nie powinni traktować osób wizytujących jak wrogów, ale zrozumieć, że spojrzenie osób z zewnątrz może doprowadzić do konstruktywnych przemian i jest po prostu wpisane w funkcjonowanie miejsc pozbawienia wolności.

Inga Markiewicz

Leczenie czy izolacja? – Model postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych w Holandii[1]

I. Wprowadzenie

Postępowanie z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych od zawsze stanowiło jedną z najtrudniejszych kwestii, szczególnie pod względem etycznym. Prawo jasno reguluje te zagadnienia, ale dylematy wciąż pozostają. Z jednej strony osoby, które dopuściły się najpoważniejszych przestępstw są niemalże zawsze potępiane społecznie, a z drugiej – rodzą współczucie ze względu na ich zaburzenia psychiczne, stojące u podłoża czynów. Zasada ochrony społecznej nakazuje takie osoby izolować, aby do minimum ograniczyć ryzyko ponownego popełnienia przez nie czynu zabronionego. Bezdyskusyjnym jest jednak, że wszystkim osobom chorym państwo powinno zapewnić leczenie i opiekę według najwyższych standardów, bez względu na to kim są, jakie mają przekonania, czy też jakich najpoważniejszych przestępstw dopuściły się w przeszłości.

W Europie i na świecie istnieją różne modele postępowania z takimi sprawcami, od bardziej restrykcyjnych, do bardziej liberalnych, oparte na rodzimych systemach prawnych, istniejącej kulturze społecznej i podejściu do zagadnień „zbrodni i kary".

Poniżej zaprezentowano sposób postępowania ze sprawcami najpoważniejszych czynów zabronionych popełnionych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi w Holandii. System holenderski przez wielu uważany jest za jeden z lepszych w Europie.

II. Holenderska polityka społeczno-zdrowotna i prawna wobec sprawców zaburzonych psychicznie, którzy dopuścili się popełnienia najpoważniejszych czynów zabronionych

„Każdy Holender zasługuje na drugą szansę"[2] – tym jednym zdaniem można scharakteryzować starania holenderskiej polityki społecznej i prawnej, dążące z jednej strony do leczenia

---

[1] Praca oparta jest częściowo na własnej obserwacji oraz rozmowach z personelem TBS-ów w Zeeland, Nijmegen i Vught zrealizowanych w ramach wizyty w ww. ośrodkach w kwietniu 2016 r.

[2] E. Mlicka, Holenderska polityka społeczno-zdrowotna i prawna wobec sprawców seksualnego wykorzystywania, Dziecko Krzywdzone 2004, tom 3, nr 2, s. 1.

i resocjalizacji sprawców z zaburzeniami psychicznymi, a z drugiej do zapewnienia jak największego bezpieczeństwa w społeczeństwie. Wychodząc z założenia, że popełniane czyny zabronione ściśle związane są z objawami zaburzeń psychicznych, wnioskować można, że odpowiednie leczenie jest w stanie spowodować, że sprawca taki nie będzie już więcej przejawiał zachowań niezgodnych z prawem. Jednakże praktyka pokazuje, że nie każdy pacjent właściwie „odpowiada" na leczenie, a w wielu przypadkach działania terapeutyczne i resocjalizacyjne nie dają pożądanych efektów. Powstaje zatem dylemat i pytanie: jak w humanitarny sposób kontrolować sprawców najpoważniejszych przestępstw, u których istnieje wysokie ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego, a jednocześnie zapewnić społeczeństwu jak największe bezpieczeństwo? Czy właściwym miejscem dla takich sprawców jest zakład karny czy oddział psychiatrii sądowej w szpitalu psychiatrycznym? Odpowiedzią na powyższe problemy w Holandii jest system TBS[3] oraz specjalne ośrodki, stworzone celem realizacji jednocześnie funkcji leczniczej i izolacyjnej, istniejące obok zakładów karnych i ogólnych szpitali psychiatrycznych. Oprócz kary pozbawienia wolności czy ograniczenia wolności holenderskie prawo karne przewiduje środki zabezpieczające w postaci umieszczenia w TBS-ie. Cały system TBS ma za zadanie sprawować z ramienia państwa i na jego koszt opiekę nad osobą, która popełniła poważne przestępstwo, za które jednak ze względu na całkowite lub częściowe ograniczenie poczytalności, całkowicie lub częściowo nie może odpowiadać. W ośrodkach TBS oprócz izolacji, służącej celom prewencyjnym, bardzo duży nacisk kładzie się na udzielanie profesjonalnej pomocy terapeutycznej, która ma przygotować sprawcę do powrotu do życia w społeczeństwie.

Jakkolwiek istnieją w Holandii różne instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy pomocy dla sprawców czynów zabronionych cierpiących na różne zaburzenia psychiczne, to w przypadku popełnienia najpoważniejszych przestępstw, dokonanych w związku z owymi zaburzeniami, w stanie niepoczytalności bądź poczytalności ograniczonej, jeśli dodatkowo istnieje wysokie ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego, zazwyczaj sąd karny orzeka umieszczenie w TBS-ie. Z art. 37a holenderskiego kodeksu karnego wynika, że aby sprawca mógł być umieszczony w TBS-ie muszą być spełnione kumulatywnie następujące przesłanki: 1) popełnienie przestępstwa zagrożonego karą minimum 4 lat pozbawienia wolności, pozostającego w związku z zaburzeniami psychicznymi; 2) występowanie zaburzeń psychicznych u sprawcy (zdiagnozowanych przez minimum dwóch ekspertów), które co najmniej ograniczyły jego poczytalność; 3) istnienie ryzyka niebezpieczeństwa grożącego innym ludziom lub powszechnemu bezpieczeństwu innych osób lub rzeczy[4]. W przypadku, gdy sprawca popełnia czyn zabroniony w stanie poczytalności

[3] TBS – ('terbeschikkingstelling') – oznacza dosłownie „oddanie się do dyspozycji państwa". Jest to środek zabezpieczający stosowany wobec sprawców najpoważniejszych przestępstw, mający na celu izolację niebezpiecznego sprawcy, poddanie go leczeniu oraz przygotowanie go do powrotu do życia w społeczeństwie.

[4] C.de Ruiter, R.L. Trestman, Prevalence and Treatment of Personality Disorders in Dutch Forensic Mental Health Services, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2007, tom. 35, s. 93.

ograniczonej, sąd może orzec także karę pozbawienia wolności obok orzeczenia o umieszczeniu w TBS-ie. W takiej sytuacji w większości przypadków sprawca najpierw kierowany jest do zakładu karnego, a dopiero później do TBS-u, w którym otrzymuje profesjonalną interdyscyplinarną pomoc, mającą przygotować go na powrót do społeczeństwa. Niestety u niektórych sprawców zarówno działania lecznicze, jak i resocjalizacyjne, mogą nie przynosić pożądanych rezultatów. Osadzony w TBS-ie może z różnych przyczyn nie osiągać postępów w leczeniu oraz prezentować przez cały czas niezmiennie postawę i zachowania wskazujące na wysokie ryzyko ponownego popełnienia czynu zabronionego. W takich sytuacjach istnieją słabe rokowania na to, aby sprawca mógł powrócić szybko do wolnościowego życia, jeśli w ogóle. Tacy sprawcy zostają przenoszeni do ośrodków opieki długoterminowej, tzw. „TBS long-stay" (LFPC – Longterm Forensic Psychiatry Care). Niektórzy przebywają tu większość swojego życia, a część z nich, na nowo odzyskuje motywację do leczenia i powraca na ścieżkę terapeutyczną. Holenderski system daje szansę każdemu sprawcy poważnego czynu zabronionego, który wyraża wolę powrotu do życia w społeczeństwie, nie „wypuszczając" jednak do społeczeństwa żadnego, który do tego powrotu nie jest dostatecznie gotowy.

III. System TBS oraz procedura umieszczania w ośrodkach

Idea i początki organizacji systemu TBS sięgają lat 20-tych ubiegłego wieku, kiedy to holenderscy uczeni, tj. prof. Kelk i Pompe propagowali koncepcję stworzenia specjalnego humanitarnego modelu opieki i leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy dopuścili się popełnienia najpoważniejszych przestępstw. Model zakładał stworzenie całego systemu ośrodków TBS, wyspecjalizowanych w terapii i resocjalizacji tego typu sprawców, z jasno określoną ścieżką powrotu do warunków wolnościowych. Z biegiem czasu ośrodków przybywało. Początkowo TB-S-y tworzone były jedynie jako instytucje państwowe, później kilka z nich przeszło i pozostaje nadal w rękach prywatnych.

Od 1928 roku 'TBS-law' (prawo TBS), oparte na regulacjach holenderskiego prawa karnego, pozwala na umieszczanie zaburzonych psychicznie sprawców najpoważniejszych przestępstw w specjalnych ośrodkach. Ma to na celu ochronę społeczeństwa przed wysokim ryzykiem ponownego popełnienia przez nich czynu zabronionego, będącego wynikiem choroby psychicznej lub zaburzeń osobowości sprawcy. Sąd może zasądzić albo od razu TBS albo jednocześnie karę pozbawienia wolności (w zależności od stopnia poczytalności sprawcy) i umieszczenie w TBS-ie. Zazwyczaj w takiej sytuacji sprawca najpierw trafia do zakładu karnego, a dopiero po odbyciu co najmniej jednej trzeciej kary jest przenoszony do TBS-u, gdzie motywowany jest do podjęcia terapii. Jeśli jest on gotowy do współpracy, zostaje poddawany odpowiednim działaniom

terapeutycznym i resocjalizacyjnym tak długo, aż wedle oceny specjalistów nie stanowi już zagrożenia dla społeczeństwa, co w praktyce oznacza jego zwolnienie z TBS przez sąd[5].

Z biegiem lat ewoluowały kryteria pozwalające na umieszczenie zaburzonego sprawcy w TB-S-ie określające sprawcę niebezpiecznego czy stwarzającego zagrożenie dla społeczeństwa. Początkowo (1928 r.) za takiego uważano sprawcę zagrażającego „porządkowi publicznemu". Wtedy sąd mógł orzec umieszczenie w TBS-ie sprawcę, który dopuścił się różnych zachowań niezgodnych z prawem, tj. kradzieży, ekshibicjonizmu czy działań z użyciem jakiejkolwiek przemocy. Wraz z szybkim wzrostem liczby osób umieszczonych w TBS-ach, w 1988 r. zawężono kryterium przyjmowania do ośrodków, do sprawców jedynie takich, którzy „stwarzają poważne niebezpieczeństwo grożące innym ludziom lub powszechnemu bezpieczeństwu innych osób lub rzeczy". Odtąd 96% przebywających w TBS-ach stanowią sprawcy najpoważniejszych czynów z użyciem przemocy, albo ciężkich przestępstw o charakterze seksualnym, także z użyciem przemocy[6]. Najczęściej są to: zabójstwa, ciężkie uszkodzenia ciała, zgwałcenia, podpalenia i inne[7]. Sprawcy trafiający do TBS-ów to w przeważającej większości mężczyźni, wykazujący objawy rozmaitych zaburzeń osobowości (głównie osobowość antyspołeczna), także połączonych z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Zaburzenia psychotyczne diagnozowane są u ok. 25–30% populacji wszystkich osadzonych w TBS-ach[8].

Czas przebywania w ośrodkach TBS jest bardzo różny i zależy od stanu psychicznego sprawcy oraz długości utrzymywania się z jego strony zagrożenia bezpieczeństwa dla siebie i innych. Przeciętna długość pobytu sprawców w TBS-ie w 1990 r. wynosiła 7 lat, w 1995 r. nieco powyżej 9-ciu, natomiast w 1999 r. przekraczała 10 lat. Trudno ustalić wartości w 2010 r., gdyż od tego roku zaczęto coraz bardziej rozwijać model ambulatoryjny leczenia sprawców, a także utworzono specjalistyczne ośrodki długoterminowe (long-stay), w wyniku czego ok. 50% pacjentów sądowych zostało zwolnionych z klasycznych TBS-ów[9].

Analizując liczbę dostępnych miejsc dla pacjentów sądowych w TBS-ach na przestrzeni lat, można stwierdzić, że od lat 90-tych ta liczba stale rosła. W 1995 r. było ich 650, w 2000 r. – 1183, by w 2005 r. osiągnąć liczbę 1637 łóżek[10]. W 2010 r. liczba dostępnych miejsc oscylowała wokół 2156, a już w następnych latach zaczęła się zmniejszać (2012 r. – 2077 miejsc, 2016 r. 1491 miejsc, 2017 r. – 1374 miejsca)[11]. Spadek ten najpewniej jest związany ze wspomnianym wcześniej

---

5 E. Mlicka, Holenderska polityka…, op. cit., s. 6.

6 J. L.van Emmerik, De last van het getal; eenoverzicht in cijfers van demaatregelTBS. Justitiële Verkenningen 4/99, WODC, Gouda Quint, Deventer, 9–31, cyt. za: H.C. van Marle, The Dutch Entrusment Act (TBS): Its Principles and Innovations, International Journal of Forensic Mental Health 2002, vol.1, No. 1, s. 83.

7 H. Peric, Holandia – TBS: program psychiatrii sądowej, Postępy Psychiatrii i Neurologii 1998, suplement 3 (8), s. 87.

8 C. de Ruiter, J. Petrila, TBS in the Netherlands, w: B.K.Puri, I.H.Treasaden (red.), Forensic Psychiatry. Fundamentals and clinical practice, CRC Press, London, New York 2011, s. 834.

9 Ibidem, s. 835.

10 C.de Ruiter, R.L. Trestman, Prevalence and Treatment…, op. cit. s. 93.

11 https://www.tbsnederland.nl/media/4528/Forensische-zorg-in-getal-2012–2016-juli-2017-.pdf [dostęp: 12.11.2018 r.].

rozwojem ośrodków LFPC, ale przede wszystkim ze stworzeniem szerokiego wachlarza innych form opieki i wsparcia pacjentów sądowych – od instytucjonalnych do pozainstytucjonalnych (opieka ambulatoryjna).

Holenderski system TBS w całości jest finansowany, kontrolowany i podlega bezpośrednio holenderskiemu Ministerstwu Sprawiedliwości, a nie Ministerstwu Zdrowia. Jest to dość znamienne, ponieważ w ośrodkach TBS prowadzone jest leczenie (także farmakologiczne) oraz szeroko rozumiane inne postępowanie terapeutyczne. Minister Sprawiedliwości nie tylko odpowiada za politykę prawną i społeczną systemu TBS, ale także może pełnić (obok sądu) kluczową rolę w alokacji sprawców w poszczególnych ośrodkach/szpitalach. Może on również podejmować autonomiczne decyzje dotyczące warunkowego zwolnienia z TBS-u, choć jednak wciąż w głównej mierze pozostaje to domeną niezawisłego sądu[12].

TBS jest orzekany przez sąd karny w składzie trzech sędziów. Początkowo orzeka się na okres dwóch lat, ale pobyt w zamkniętym ośrodku może być przedłużany tak długo, jak długo utrzymuje się niebezpieczeństwo ze strony sprawcy. Sąd może przedłużyć pobyt w TBS-ie na rok lub dwa i może to uczynić dwukrotnie. Oznacza to, że przebywanie sprawców w TBS-ie może trwać od dwóch do sześciu lat. Co sześć lat obowiązkowo przeprowadzane jest badanie pacjenta przez zewnętrzny, niezależny interdyscyplinarny zespół kontrolujący z ramienia sądu, oprócz oczywistych systematycznych badań przeprowadzanych i sprawozdawanych sądowi przez personel TBS-u uczestniczący na co dzień w terapii pacjenta[13]. Jeśli w czasie sześciu lat nie zaobserwowano u pacjenta postępów w leczeniu bądź chęci współpracy z personelem terapeutycznym oraz jeśli wedle opinii zespołu specjalistów sprawca nie rokuje szansy na zmianę zachowania, przenosi się go do specjalnego oddziału opieki długoterminowej (LFPC – Long-term Forensic Psychiatric Care), dawniej określanych jako „TBS-long-stay". Tutaj pobyt może trwać ponad dziesięć lat, a czasami nawet całe życie. Wraz ze zmianą ośrodka TBS na LFPC, zmianie ulegają także cele jakie mają być realizowane w nowym miejscu. Nadrzędnym celem umieszczania sprawców w ośrodkach opieki długoterminowej (LFPC) jest przede wszystkim ochrona społeczeństwa przed niebezpieczeństwem popełnienia przez nich kolejnych czynów zabronionych, a nie ich leczenie. Do LFPC trafiają bowiem w większości sprawcy z diagnozą zaburzeń osobowości, którzy raczej nie wymagają leczenia farmakologicznego. Dąży się zatem w LFPC oczywiście do stabilizacji stanu psychicznego sprawców i poprawy ich kondycji psychofizycznej (jeśli to w ogóle możliwe) poprzez terapię, niemniej jednak nie kładzie się na ten aspekt głównego nacisku. W LFPC chodzi przede wszystkim o izolację sprawców od społeczeństwa, przy zapewnieniu im możliwie dobrej jakości życia.

---

[12] H.C. van Marle, The Dutch Entrusment Act (TBS): Its Principles and Innovations, International Journal of Forensic Mental Health 2002, vol.1, No. 1, s. 84.

[13] J.de Boer, J.Gerrits, Learning from Holland: the TBS system, Psychiatry 2007, vol.6, No. 11, s. 459.

IV. Opieka długoterminowa nad pacjentami sądowymi (Long-term Forensic Psychiatric Care– LFPC / TBS-Long-stay)

Kierowanie w latach 90-tych przez sądy do TBS-ów coraz to większej liczby pacjentów spowodowało, iż osób do umieszczenia w ośrodkach było więcej, niż potencjalnie dostępnych miejsc. Z drugiej strony okazało się, że wielu sprawców, przebywających od lat w TBS-ach nie wykazywało żadnych postępów w leczeniu, a rokowania na poprawę ich zachowania i stanu psychicznego były słabe, albo żadne. Konieczność przyjęcia nowych pacjentów do TBS-ów spowodowała, że począwszy od 1998 r. pacjentów „nierokujących" zaczęto przenosić do specjalnych oddziałów opieki długoterminowej. Taka była geneza wyróżnienia spośród TBS-ów ośrodków LFPC– long-stay. Warto podkreślić, że zaledwie kilka krajów w Europie formalnie definiuje i wyróżnia z ośrodków psychiatrii sądowej te o charakterze opieki długoterminowej (LFPC long-stay), jakkolwiek w każdym kraju długość pobytu w ośrodkach sądowych znacznie przewyższa przeciętną długość pobytu w oddziałach ogólnopsychiatrycznych i one same w sobie mogą już zasługiwać na miano tych długoterminowych, stąd też pojawia się czasem zamieszanie terminologiczne. Holandia jest aktualnie jedynym krajem, gdzie istnieje prawna definicja LFPC oraz szczegółowo określone normatywnie[14] przesłanki przeniesienia pacjenta z TBS do LFPC.

Wedle procedury pacjent może trafić do ośrodka sądowego długoterminowego (LFPC), jeśli w trakcie 6-letniego (lub dłuższego) leczenia nie zaobserwowano u niego poprawy stanu psychicznego oraz sposobu funkcjonowania. Brak powodzenia terapeutycznego musi nastąpić podczas przebywania w dwóch różnych klinikach TBS i dodatkowo eksperci w swojej kategorycznej opinii stwierdzą, że wszystkie możliwości leczenia sprawcy zostały wyczerpane, a on wciąż pozostaje niebezpieczny dla siebie i innych. Przed podjęciem decyzji o przeniesieniu pacjenta do LFPC jest on badany bardzo wnikliwie zarówno przez specjalistów (psychiatrów i psychologów) będących członkami personelu TBS-u w którym pacjent przebywa, jak również przez niezależny interdyscyplinarny zespół doradczy[15]. Zespół pod nazwą 'Advisory Board for Long Stay Forensic Care (LAP)[16] składający się ze specjalistów psychiatrii sądowej (psychiatrów i psychologów) oraz prawników wydaje następnie na potrzeby holenderskiego Ministerstwa Sprawiedliwości i Bezpieczeństwa opinię. Jest ona sporządzana w oparciu o całość zgromadzonych informacji na temat sprawcy, włączając w to także opinie pochodzące od personelu TBS-u w którym pacjent przebywał, jak również własne informacje LAP uzyskane w trakcie osobistego spotkania i rozmowy ze sprawcą. Opinia LAP jest kluczowym materiałem doradczym dla Ministerstwa Sprawiedliwości i Bezpieczeństwa, które dopiero na jej podstawie wydaje decyzję, czy pacjent powinien trafić

[14] 'Terbeschikkingstelling', porządek TBS-long stay – ('at the discretion of the state' – oddanie się do dyspozycji państwa)

[15] S. Sampson, R. Edworthy, B. Völm i in., Long-Term..., op. cit., s. 344.

[16] W jęz. niderlandzkim 'Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensische (LAP)'

do LFPC, czy nie. LAP monitoruje zarówno przyjęcia do LFPC, jak i długość pobytu w ośrodkach[17]. W przypadku, gdy pacjent nie zgadza się z decyzją Ministerstwa dotyczącą przyjęcia do LFPC lub też przedłużenia pobytu, ma on możliwość wniesienia sprzeciwu do organu zwanego Council for the Administration of Criminal Justice and Protection of Juveniles, (tłum. własne – Rada Wykonawcza Wymiaru Sprawiedliwości i Ochrony Młodzieży)[18].

Szczegółowe przedstawienie w niniejszej pracy procedury oraz organów, które współuczestniczą na różnych etapach w procesie kierowania sprawców do LFPC ma na celu podkreślenie wagi decyzji o umieszczeniu pacjenta w ośrodku opieki długoterminowej, która może wiązać się z koniecznością przebywania w nim nawet przez całe życie. Wieloetapowość oraz oparcie decyzji o opinie wielu specjalistów mają zagwarantować, że do LFPC nie trafi pacjent przypadkowy, ale jedynie taki, który terapeutycznie „nie rokuje", zatem zamiast leczenia w LFPC otrzymać powinien godne życie, oczywiście za cenę izolacji.

V. Ośrodki LFPC w Holandii

Pierwszy oddział opieki długoterminowej nad pacjentami sądowymi (LFPC) został stworzony w 1999 r. przez Centrum Psychiatrii Sądowej Veldzicht w Balkbrug dysponujący jedynie dwudziestoma miejscami. Z biegiem lat powstawały kolejne: Pompestichtig w Nijmegen (2003), Woenselse w Eindhoven oraz Van der Hoven w Utrechcie. W 2011 roku Holandia dysponowała 250-cioma łóżkami LFPC w skali całego kraju[19], natomiast między 2012 r. a 2016 r. liczba miejsc zmniejszyła się z 202 do 110. Spadła także liczba pacjentów umieszczonych w LFPC – ze 162 (2012 r.) do 108 (2017 r.)[20]. Wskutek obniżenia się liczby pacjentów LFPC obecnie funkcjonuje tylko jedno centrum psychiatrii sądowej LFPC – Pompestichtig, dysponujące w sumie 108 miejscami, zlokalizowanymi w trzech ośrodkach: 1) w Zeeland (88–93 rezydentów); 2) w Nijmegen (8 rezydentów ze zdiagnozowanymi ciężkimi zaburzeniami osobowości, niepoddającymi się leczeniu); 3) w Vught (6 rezydentów najbardziej niebezpiecznych)[21].

Umieszczanie w powyższych ośrodkach pacjentów, którzy niezmiennie stwarzają ryzyko niebezpiecznych zachowań, a jednocześnie nie reagują pozytywnie na leczenie psychiatryczne wymusiło określenie nowych celów LFPC oraz wypracowanie innych zasad i reguł, które umożliwią ich osiągnięcie. Celem umieszczania w LFPC stała się przede wszystkim kontrola niebezpiecznych

---

17 J.de Boer, J.Gerrits, Learning…, op. cit., s. 460.

18 W jęz. niderlandz. 'Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming'

19 C. de Ruiter, J. Petrila, TBS…, op. cit., s. 836.

20 N. van Gemmert, Forensische Zorg in getal. 2012–2016. DJI. Ministerie van Justitie, 2017, https://www.tbsnederland.nl/media/4528/Forensische-zorg-in-getal-2012–2016-juli-2017-.pdf [dostęp: 12.11.2018 r.].

21 P. C. Braun, De Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg: heeft de forensische 'longstay' toekomst?, Orde van de Dag, 74, 72–81.

sprawców poprzez ich izolację, przy jednoczesnym stworzeniu im godnych warunków życia. Podejście takie nie ma już w swoich założeniach leczenia za wszelką cenę, ani też wiary, że uda się tak zresocjalizować sprawcę, że będzie on w stanie kiedyś wyjść na wolność. W dość prawdopodobnej perspektywie spędzenia w ośrodku większości życia sprawcy, należy stworzyć mu takie warunki, aby w miarę możliwości zostały spełnione jego podstawowe potrzeby, a dobra jakość życia i pomoc ze strony przyjaznego otoczenia motywowały go do funkcjonowania zgodnego z regułami społeczności w ośrodku. Przy tak określonych założeniach zmianie musiała ulec przede wszystkim filozofia, stojąca u podstaw wszelkich działań przejawianych względem pacjentów LFPC.

VI. Filozofia, zasady i prawa panujące w LFPC

Na przestrzeni ostatnich lat (odmiennie niż w latach 90-tych) w postępowaniu z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych przestępstw w Holandii obserwuje się odejście od modelu medycznego i zasady paternalizmu lekarskiego. Model medyczny zakłada m.in., że lekarz, psycholog, psychoterapeuta i inni członkowie personelu są niemalże w całości odpowiedzialni za proces terapeutyczny, a tym samym pełnią główną rolę w procesie „zdrowienia" pacjenta. Konsekwencją przyjęcia wyłącznie modelu medycznego w psychiatrii sądowej jest to, że pacjent pozostaje jedynie pasywnym beneficjentem działań ze strony lekarza czy personelu ośrodka. Holandia wypracowała model bardziej holistyczny, w którym przyjmuje się, że to pacjent w głównej mierze ma być odpowiedzialny za zmianę swojego zachowania (ważne w przypadku osób z zaburzeniami osobowości), co oczywiście jest mocno wspierane i stymulowane przez profesjonalistów LFPC. To pacjent ma być aktywny, wymaga się od niego mobilizacji i determinacji[22]. Żeby jednak model taki mógł działać koniecznym staje się zmiana podejścia do zakazów i ograniczeń, nadal powszechnie funkcjonujących w ośrodkach psychiatrii sądowej w wielu krajach Europy wschodniej, na rzecz zwiększenia autonomii pacjenta (w ramach zamkniętego ośrodka) i przyzwolenia mu na większą swobodę. Dopiero w nieco mniej restrykcyjnym środowisku (choć wciąż w izolacji) pacjent może „próbować siebie", konfrontować się z konsekwencjami swoich wyborów i działań, a zarazem udowodniać sobie i personelowi, że panuje nad sobą, jest godny zaufania oraz powierzenia mu odpowiedzialności za siebie i otoczenie. Jest to niezmiernie ważne, gdyż pacjent, który latami nie opuszcza ośrodka sądowego, a w ramach pobytu w instytucji jest „związany" szeregiem czasami absurdalnych nakazów i zakazów, jeszcze bardziej oddala się od „normalnego życia", do którego powrotu przecież pobyt w ośrodku ma go przygotować.

[22] Zob. H. Gilburt, M. Slade, V. Bird i in., Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study, BMC Psychiatry 2013, 13, s. 167. https://doi.org/10.1186/1471–244X-13–167 [dostęp 13.11.2018 r.].

Wraz ze zmniejszeniem roli modelu medycznego, na rzecz zwiększenia podejścia psychospołecznego, w ośrodkach LFPC zniknęło określenie „pacjenci", których zaczęto nazywać „rezydentami". Nie używa się już pojęcia „sala pacjenta", tylko „pokój". Różne formy działań terapeutycznych przestały funkcjonować jako „leczenie", a zaczęto traktować je jako swoistego rodzaju „wsparcie", „doradztwo", „towarzyszenie w trudnościach", itp. Ta subtelna zmiana, bo przecież jedynie językowa, stawia pacjenta/rezydenta w zupełnie innym miejscu. Otrzymuje on odtąd więcej przestrzeni na podejmowanie samodzielnych decyzji, jak również uczy brania odpowiedzialności za swoje postępy w procesie terapii. Warunkiem koniecznym wprowadzenia powyższych zmian jest istnienie właściwej atmosfery w ośrodku, przyjaznych relacji między pracownikami (duży nacisk położony jest na jakość zespołu) oraz między pracownikami a rezydentami, opartych na wzajemnym szacunku, zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa.

Bezpieczeństwo w LFPC nie tylko, lub nawet w mniejszej części, opiera się na infrastrukturalnych rozwiązaniach, ale przede wszystkim na relacjach. One tworzą wspólne poczucie odpowiedzialności za siebie i innych. Dobre relacje pomiędzy rezydentami a personelem stanowią stokroć lepszą ochronę, niż cały zastęp profesjonalnych, certyfikowanych ochroniarzy. W holenderskim modelu personel i rezydenci to jeden zespół, który dąży do wspólnego celu – stabilizacji stanu psychicznego rezydenta i wypracowaniu u niego prawidłowych postaw. Uspołecznienie i nauka życia zgodnego z obowiązującymi w ośrodku regułami, przy poszanowaniu godności i autonomii innych rezydentów ma jednocześnie podnosić jakość życia w ośrodku oraz jakość relacji między personelem a wszystkimi osobami umieszczonymi w LFPC. Dąży się tutaj do optymalizacji jakości życia, pamiętając jednak, że wciąż jest to ośrodek zamknięty o maksymalnym rygorze zabezpieczenia.

Rezydenci rozumieją swoją sytuację oraz powód izolacji, nie zawsze akceptują ten pobyt w zamknięciu, ale rzadko kiedy dochodzi w LFPC do aktów agresji. System holenderski opiera się na rozwijanym przez ostatnie lata, także w psychiatrii sądowej, modelu GLM (Good Life Model)[23]. Zakłada on, że jedynie zapewniając ludziom godziwe warunki życia oraz spełniając ich podstawowe potrzeby, mogą oni właściwie funkcjonować, realizować swoje role społeczne, rozwijać swój potencjał oraz zmieniać swoje złe postawy i zachowania na lepsze. W tym celu w holenderskich LFPC promuje się utrzymywanie kontaktów ze znajomymi, przyjaciółmi czy lokalną społecznością. Rezydentom przysługuje także mocno chronione „prawo do życia rodzinnego", co znajduje wyraz w możliwości nocowania np. partnera bez nadzoru personelu. Niektórzy rezydenci mają możliwość tzw. „superwizowanych wyjść" z członkiem personelu, np. do miasta, na zakupy.

Wszystko opiera się na indywidualizacji podejścia, tj. założeniu, że każdy jest inny, każdy ma swoje możliwości i ograniczenia oraz każdy jest w innym miejscu samorozwoju/terapii.

---

[23] Zob. M. Barnao, T. Ward, Peter Robertson: The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health, Psychiatry, Psychology and Law 2015, 23 (2), s. 288–301. http://dx.doi.org/10.1080/13218719.2015.1054923 [dostęp: 13.11.2018 r.].

Personel ma za zadanie to wszystko zidentyfikować oraz pracować wraz z rezydentem nad wspólnie ustalonymi indywidualnymi celami, okresowo je monitorować, w razie potrzeby modyfikować oraz weryfikować, czy zostały osiągnięte.

VII. Model pracy z rezydentami. Działania terapeutyczne

Indywidualizacja dotyczy także postępowania leczniczego. Nie chodzi tu o psychoterapię *sensu stricto* (gdyż nie chodzi o zmianę osobowości), ani też uporczywe powtarzanie rutynowych działań terapeutycznych, które nie przynosiły dotąd skutku. Nacisk kładziony jest na wspólne poszukiwanie nowych dróg, możliwości, odkrywania swojego potencjału i sposobów radzenia sobie z nieprzystosowawczymi zachowaniami. Podkreśla się i pracuje przede wszystkim na możliwościach rezydenta, a nie na jego deficytach, a terapeuci koncentrują się bardziej na zdrowiu, niż chorobie, wzmacniając aspekty pozytywne. W tym celu angażuje się rezydentów w zajęcia rozwijające nowe umiejętności, zainteresowania, wspiera się ich własne inicjatywy. Niezmiernie ważne jest także to, że rezydent jest włączany na każdym etapie w formułowanie swojego planu terapeutycznego, jak i jego modyfikowanie.

Każdy rezydent, jeśli tylko stan zdrowia psychicznego i somatycznego na to pozwala, ma możliwość wykonywania pracy (nawet ocenianej jako niebezpieczna, np. szycie, obróbka drewna czy metalu, spawanie, itp.), za którą dostaje symboliczne wynagrodzenie. Ma on możliwość wyboru swojej pracy, jednakże wszelkie ustalenia są podejmowane wspólnie z personelem terapeutycznym. Aktywne codzienne uczestnictwo w zajęciach jest nagradzane, a jednocześnie daje personelowi jasny obraz tego, czy rezydent jest zdyscyplinowany, obowiązkowy i zdolny do codziennego funkcjonowania i wypełniania ról społecznych.

Każdy rezydent może także korzystać z oferty edukacyjnej w LFPC i uzupełniać swoje kwalifikacje zawodowe o różnego rodzaju kursy i szkolenia. Mogą one odegrać istotną rolę w perspektywie wyjścia rezydenta na wolność. Jakkolwiek LFPC jest dedykowany osobom, co do których istnieje małe prawdopodobieństwo, że kiedykolwiek opuszczą oni ośrodek i wyjdą na wolność, z uwagi na grożące z ich strony niebezpieczeństwo, to Holandia nie skreśla nikogo, dając kolejną szansę. Zdarza się czasem, że po kilku latach przebywania w ośrodku LFPC rezydent na nowo odzyskuje motywację do leczenia i zmiany swojego życia. Jest on wtedy przenoszony z powrotem do TBS-u, gdzie raz jeszcze obejmuje się go intensywnym procesem leczniczym.

Jak wynika z powyższego, rezydent w murach LFPC ma sporo możliwości decyzyjnych, ale finalnie to personel zapewnia i kontroluje wszelkie aktywności. To jednak rezydent musi zabiegać o to, by udowodnić personelowi, że jest na tyle dojrzały i odpowiedzialny, aby owe decyzje można mu było powierzyć.

Spośród klasycznych działań terapeutycznych w LFPC oferuje się rezydentom: psychoterapię (tylko na wyraźną ich prośbę), socjoterapię, terapię uzależnień. Prowadzone są także zajęcia ukierunkowane na konkretne cele, mające ułatwić poradzenie sobie ze specyficznymi indywidualnymi problemami, jak również zajęcia dostosowane do potrzeb osób z określonymi zaburzeniami psychicznymi, np. specjalne programy dla osób z psychozami, zaburzeniami afektywnymi, czy zaburzeniami osobowości, programy dla agresywnych sprawców przestępstw seksualnych, zajęcia z zarzadzania ryzykiem agresji, czy trening empatii. Całość realizowana jest w oparciu o koncepcję społeczności terapeutycznej.

W LFPC bardzo dobrze rozwinięta jest terapia zajęciowa, w łamach której rezydenci wykonują różnego rodzaju prace. Oprócz wspomnianych wcześniej zadań zajmują się także ogrodnictwem, hodowlą zwierząt, uprawą owoców i warzyw, garncarstwem, tkactwem, produkcją mebli, naprawą rowerów, sprzątaniem, i in.. Ponadto w ramach terapii zajęciowej uczestniczą w zajęciach sportowych, muzycznych czy teatralnych. Działalność artystyczna w swoim założeniu ma pobudzać do twórczych działań i wzmacniać u rezydentów kreatywność.

VIII. Infrastruktura i warunki pobytu na przykładzie LFPC Zeeland[24]

Instytucja LFPC Zeeland obejmuje obszar około sześciu hektarów, na terenie którego znajduje się osiem oddziałów dla ok. 90 rezydentów sądowych w ramach opieki długoterminowej (long-stay). LFPC jest otoczony ogromnym murem, który stanowi maksymalne zabezpieczenie przed ewentualnymi próbami ucieczki. Ponadto teren jest monitorowany i wyposażony w różne systemy alarmowe. Każdy, kto zamierza dostać się do ośrodka przechodzi kontrolę – toreb, ubrań, itp. (wykrywacze metalu). Raz na jakiś czas personel posiłkuje się także specjalnie psami, szkolonymi do wykrywania narkotyków.

Każdy rezydent posiada własny pokój z prysznicem i toaletą. Jest on zamykany na noc, chyba, że rezydent jest objęty jakimś indywidualnym programem, w ramach którego pozwala mu się na dysponowanie swoim własnym kluczem, nie tylko do pokoju, ale czasami do całego oddziału czy nawet budynku. Od każdego rezydenta oczekuje się, by utrzymywał swój pokój w należytym porządku, dbał o czystość i we własnym zakresie (czasem z pomocą personelu) prał swoje ubrania. Rezydenci mogą urządzać swój pokój według własnego gustu i wyposażać je w określone przedmioty, ale za własne środki. Jedynym ograniczeniem jest to, by zakupione rzeczy nie zagrażały bezpieczeństwu rezydenta.

[24] Obserwacje własne poczynione podczas wizyty w LFPC Zeeland w kwietniu 2016 r.

Zabrania się rezydentom posiadania kamer, aparatów fotograficznych, telefonów komórkowych, smartfonów, zegarków 'smartwatch' lub innych urządzeń z możliwością utrwalania dźwięku i/lub obrazu. Zakaz obejmuje także personel w czasie, gdy pracuje z rezydentami.

Rezydenci otrzymują wyżywienie z LFPC, natomiast niektórzy przygotowują je we własnym zakresie. Samodzielne lub grupowe gotowanie oczywiście wymaga zgody personelu, który musi ocenić, czy rezydent ze względu na stan psychiczny i somatyczny jest do tego zdolny.

Rezydenci mogą swobodnie poruszać się po wszystkich dla nich przeznaczonych pomieszczeniach swojego oddziału, a także wewnątrz ogrodzonego murem terenu ośrodka. Z założenia rezydent ma otrzymać tyle autonomii, ile tylko możliwe w ramach zachowania bezpieczeństwa. Część rezydentów może w określonych godzinach jeździć rowerem na terenie ośrodka, samodzielnie spacerować, spotykać się z innymi współrezydentami oraz osobami odwiedzającymi, ale są i tacy, którzy mogą wychodzić na zewnątrz budynku tylko i wyłącznie z członkiem personelu. Reguły poruszania się i swobody są dokładnie określone w planie terapeutycznym, uwzględniającym kondycję psychiczną rezydenta i bezpieczeństwo.

Powyższy opis to tylko część obrazu holenderskich LFPC. Warto zwrócić uwagę, że wszystkie obowiązki rezydentów oraz przysługujące im prawa są bardzo dokładnie określone w regulaminach ośrodków, które zawierają szereg szczegółowych procedur. Są one niezbędne dla prawidłowego wykonywania pracy przez personel, który sprawuje całodobową opiekę i nadzór nad niezwykle trudnymi osobami, którymi są rezydenci z zaburzeniami psychicznymi, sprawcy najpoważniejszych przestępstw. Jasne i szczegółowe określenie ram funkcjonowania ośrodka ułatwia także rezydentom odnalezienie się w trudnej sytuacji izolacji oraz całodobowej kontroli ze strony personelu. Dopiero dzięki wspólnie wypracowanym zasadom możliwa staje się współpraca pomiędzy personelem a rezydentami, a ostre określenie granic – pozwala unikać nieporozumień między grupami oraz nadużyć z obu stron.

IX. Podsumowanie

Żaden system nie jest idealny, tak samo jak każde jednostkowe działanie w kierunku zapobiegania przestępczości i ochrony społeczeństwa może mieć swoje dobre i złe strony, patrząc z perspektywy sprawcy i ofiary. Holenderski sposób postępowania z zaburzonymi psychicznie sprawcami najpoważniejszych przestępstw wydaje się być jednym z najbardziej innowacyjnych i najlepiej rozwiniętych w Europie, chociażby ze względu na poziom infrastruktury, ofertę terapeutyczną, nowoczesną metodologię i organizację pracy, nowe podejście terapeutyczne oparte na potencjale pacjenta (a nie na jego deficytach), odpowiednio wykwalifikowany i wyspecjalizowany do pracy ze sprawcami personel oraz bogate doświadczenie w opiece ambulatoryjnej i kontroli sprawców po opuszczeniu przez nich zamkniętego ośrodka. Równocześnie doświadczenia niderlandzkich specjalistów z psychiatrii sądowej wskazują na to, że system „działa". Jednakże czy inne kraje mogą, czy wręcz powinny brać przykład?

Trudno zdobyć się na generalny osąd, gdyż każdy kraj posiada swoją długoletnią tradycję prawną i kulturową oraz własną społeczną mentalność, opartą na całym szeregu różnych przekonań. Każdy kraj jednocześnie znajduje się w innej sytuacji ekonomicznej, determinującej sposoby wydatkowania i cele, na które przeznaczane są narodowe środki. Niemniej jednak, model holenderski w praktyce realizuje filozofię środków zabezpieczających, która w niektórych krajach jest zapisaną w prawie lub wciąż tylko dyskutowaną ideą. Umieszczanie zaburzonych psychicznie sprawców w ośrodkach takich jak TBS, czy LFPC nie jest karą, ale izolację, którą stosuje się celem ochrony społeczeństwa przed ich niebezpiecznymi zachowaniami. Nie jest to jednak sama izolacja, gdyż towarzyszy jej szereg oddziaływań resocjalizacyjno-terapeutycznych, w tym także nauka przystosowania społecznego. Nie tworzy się w Holandii fikcji, że w ośrodkach długoterminowych, w których przebywają głównie sprawcy z zaburzeniami osobowości, oferowane jest medyczne leczenie, ale zapewniając rezydentom godne warunki życia – wszelkimi sposobami i technikami próbuje się korygować ich antyspołeczne zachowania, przekonania i postawy. Postępowanie względem zaburzonych psychicznie sprawców najpoważniejszych czynów zabronionych jest jasne, przejrzyste, oparte na twardych regułach, w pełni umocowane w prawie oraz odbywa się z poszanowaniem godności człowieka i z uwzględnieniem zasad jego humanitarnego traktowania. Tego należy Holandii zazdrościć.

Bibliografia

1. Barnao, M. Ward, T., Robertson, P., The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health, Psychiatry, Psychology and Law 2015, 23 (2), s. 288–301. http://dx.doi.org/10.1080/13218719.2015.1054923 (dostęp: 13.11.2018 r).
2. Boer, J., Gerrits, J., Learning from Holland: the TBS system, Psychiatry 2007, vol.6, No. 11, s. 459.
3. Braun, P. C., De Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg: heeft de forensische 'longstay' toekomst?, Orde van de Dag, 74, 72–81.
4. Emmerik, J.L., De last van het getal; eenoverzicht in cijfers van demaatregelTBS. Justitiële Verkenningen 4/99, WODC, Gouda Quint, Deventer, 9–31, cyt. za: H.C. van Marle, The Dutch Entrusment Act (TBS): Its Principles and Innovations, International Journal of Forensic Mental Health 2002, vol.1, No. 1, s. 83.
5. Gemmert, N., Forensische Zorg in getal. 2012–2016. DJI. Ministerie van Justitie, 2017, https://www.tbsnederland.nl/media/4528/Forensische-zorg-in-getal-2012–2016-juli-2017– pdf (dostęp: 12.11.2018 r.).
6. H. Gilburt, M. Slade, V. Bird i in., Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study, BMC Psychiatry 2013, 13, s. 167. https://doi.org/10.1186/1471–244X-13–167 (dostęp 13.11.2018 r.).
7. Marle, H. C., The Dutch Entrusment Act (TBS): Its Principles and Innovations, International Journal of Forensic Mental Health 2002, vol.1, No. 1, s. 84.
8. Mlicka, E., Holenderska polityka społeczno-zdrowotna i prawna wobec sprawców seksualnego wykorzystywania, Dziecko Krzywdzone 2004, tom 3, nr 2, s. 1.
9. Peric, H., Holandia – TBS: program psychiatrii sądowej, Postępy Psychiatrii i Neurologii 1998, suplement 3 (8), s. 87.
10. Ruiter, C., Petrila, J., TBS in the Netherlands, w: B. K. Puri, I. H. Treasaden (red.), Forensic Psychiatry. Fundamentals and clinical practice, CRC Press, London, New York 2011, s. 834.
11. Ruiter, C., Trestman, R.L., Prevalence and Treatment of Personality Disorders in Dutch Forensic Mental Health Services, The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2007, tom. 35, s. 93.
12. https://www.tbsnederland.nl/media/4528/Forensische-zorg-in-getal-2012–2016-juli-2017-.pdf (dostęp: 12.11.2018 r.).

Ewa Dawidziuk

Funkcjonowanie w Niemczech miejsc izolacji dla osób uznanych za niebezpieczne dla społeczeństwa – przykład ośrodka w Rosdorf na tle rozwiązań polskich

I. Wstęp

Rozwiązania przyjęte w 2013 r. w Polsce w zakresie izolacji postpenalnej osób stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa nie są nowatorskie[1]. Środki o charakterze leczniczo-korekcyjnym, które mogą zostać orzeczone w wyroku skazującym lub podczas odbywania przez sprawcę kary pozbawienia wolności, funkcjonują bowiem w takich państwach jak: Niemcy, Francja, Szwajcaria, Wielka Brytania, Norwegia, Włochy, Austria i Słowacja. Ustawodawca polski, w toku prac nad projektem ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (dalej: ustawa z dnia 22 listopada 2013 r.), powoływał się na te rozwiązania[2]. Także literatura przedmiotu odnosiła się do obowiązujących w innych krajach europejskich zasad dotyczących izolacji postpenalnej[3].

W niniejszym artykule uwaga zostanie skoncentrowana na rozwiązaniach niemieckich. Przeprowadzając wizytę studyjną w Rosdorf w Dolnej Saksonii, autorka miała bowiem możliwość zapoznać się z przepisami, warunkami i zasadami życia pacjentów jednego z ośrodków dla „niebezpiecznych" – jak określa się w Niemczech osoby, które stwarzają zagrożenie dla społeczeństwa (dalej: niebezpieczni lub pacjenci). Zostaną one przedstawione w oparciu o analizę treści ustawy z dnia 12 grudnia 2012 r. kraju związkowego Dolna Saksonia o pobycie w izolacji osób stanowiących zagrożenie dla społeczeństwa (dalej ustawa Dolnej Saksonii), która weszła w życie w dniu 1 czerwca 2013 r.[4].

Analiza dostępnego materiału nie pozostawia wątpliwości, że filozofia funkcjonowania ośrodka zlokalizowanego w Dolnej Saksonii jest zgoła odmienna od tej z jaką mamy do czynienia

---

1 Zob. M. Płatek, Kreowanie „groźnych, niebezpiecznych i złych" [w:] Archiwum Kryminologii Nr 1, 2019.

2 Uzasadnienie do projektu ustawy, druk sejmowy 1577, VII kadencja Sejmu, s. 16–17.

3 J. K. Gierowski, L. K. Paprzycki, Środki zabezpieczające: umieszczenie w zamkniętym odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, w zakładzie karnym, w zakładzie zamkniętym przeznaczonym dla sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych albo skierowania takich sprawców na leczenie ambulatoryjne, Palestra nr 9, 2014.

4 Tłumaczenie zostało zamieszczone na stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich: https://www.rpo.gov.pl/pl/content/o%C5%9Brodki-dla-os%C3%B3b-stwarzaj%C4%85cych-zagro%C5%BCenie-w-polsce-i-niemczech-%E2%80%93-por%C3%B3wnanie [dostęp: 6.06.2020 r.].

w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (dalej: KOZZD). Treść ustaw, w oparciu o które funkcjonują placówki dla osób stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa w Gostyninie i Rosdorf, jest diametralnie różna, na niekorzyść polskich regulacji prawnych. Pokazuje to jednocześnie jak wiele zależy od pierwotnego założenia ustawodawcy, a następnie jak to wpływa na życie pacjentów takich ośrodków. W toku prac nad nowelizacją ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., która jest oczekiwana od kilku lat, zasady funkcjonowania miejsc izolacji postpenalnej poza granicami naszego kraju powinny zatem zostać wzięte pod uwagę[5].

II. Izolacja postpenalna w Niemczech – ogólne zasady

Przepisy niemieckie przewidują możliwość izolowania osób od społeczeństwa po odbyciu przez nich kary pozbawienia wolności. Decyzje w tym przedmiocie podejmuje sąd karny w momencie wymierzania kary pozbawienia wolności. Przesłanki obligatoryjnego zarządzenia postpenalnej izolacji są następujące[6]:

1. osoba została skazana za umyślne przestępstwo na karę pozbawienia wolności na okres co najmniej dwóch lat oraz
   a) było to przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu, wolności osobistej lub wolności seksualnej,
   b) przestępstwo podlega określonym rozdziałom kodeksu karnego lub ustawie o środkach odurzających (wymienionych w kodeksie), a maksymalnym możliwym wyrokiem jest pozbawienie wolności na okres co najmniej 10 lat lub
   c) warunki art. 145a[7] są spełnione, o ile wydano nakaz nadzoru nad postępowaniem w sprawie o przestępstwa na podstawie litery (a) lub (b), lub jeżeli warunki określone w art. 323a[8] są spełnione, o ile przestępstwo popełnione w stanie odurzenia było jednym z tych, o których mowa w literze (a) lub (b),

---

[5] Wystąpienie RPO z 3 grudnia 2018 r. do Ministra Sprawiedliwości oraz do Ministra Zdrowia, w którym przedstawiono opis placówki stanowiącej odpowiednik KOZZD w Niemczech, nr sprawy: IX.517.2568.2018.

[6] Stanowi o tym art. 66 kodeksu karnego Niemiec, tłum. własne, https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/

[7] Art. 145a kodeksu karnego Niemiec stanowi, że kto nie postępuje zgodnie z określonym kierunkiem, o którym mowa w sekcji 68b ust. 1, w okresie nadzoru postępowania, a tym samym zagraża celowi środka, podlega karze pozbawienia wolności na okres nieprzekraczający jednego roku lub grzywnie. Przestępstwo może być ścigane wyłącznie na wniosek organu nadzorczego (sekcja 68a) – tłum. własne.

[8] Tłum. własne: Zgodnie z art. 323a kodeksu karnego Niemiec:
(1) Kto umyślnie lub w wyniku zaniedbania popada w stan odurzenia poprzez spożywanie napojów alkoholowych lub innych substancji odurzających, podlega karze pozbawienia wolności na okres nieprzekraczający pięciu lat lub grzywnie, jeżeli popełniłby czyn niezgodny z prawem w tym stanie i nie może zostać ukarany z tego powodu, że nie ponosił on odpowiedzialności karnej z powodu odurzenia lub jeśli nie można tego wykluczyć.
(2) Kara nie może być surowsza niż kara przewidziana za przestępstwo popełnione w stanie odurzenia.
(3) Przestępstwo jest ścigane tylko na wniosek, za zgodą lub na wniosek państwa obcego, jeżeli czyn popełniony w stanie odurzenia może być ścigany tylko na wniosek, upoważnienie lub wniosek państwa obcego.

2. przestępca został dwukrotnie skazany na karę pozbawienia wolności na okres co najmniej jednego roku w każdym przypadku za przestępstwa z punktu 1, które zostały popełnione przed obecnym przestępstwem,
3. przestępca odbył co najmniej dwuletnią karę pozbawienia wolności lub podlegał środkom polegającym na pozbawieniu wolności co najmniej za jedno z tych przestępstw przed popełnieniem obecnego przestępstwa oraz
4. ogólna ocena sprawcy i popełnionych przestępstw prowadzi do wniosku, że ze względu na skłonność do popełniania poważnych przestępstw, w szczególności takich, które skutkują poważnymi urazami emocjonalnymi lub obrażeniami ciała ofiary, sprawca stwarza zagrożenie dla ogółu społeczeństwa w momencie skazania.

Sąd może również fakultatywnie orzec środek izolacji postpenalnej jeżeli dana osoba popełniła trzy przestępstwa z kategorii przestępstw przeciwko życiu, zdrowiu, wolności osobistej lub wolności seksualnej. Dodatkowy warunek obejmuje skazanie na karę pozbawienia wolności co najmniej jednego roku za każde przestępstwo oraz nałożenie kary pozbawienia wolności co najmniej trzech lat za jedno lub więcej z tych przestępstw.

Zgodnie z art. 66a kodeksu karnego Niemiec, sąd może również „zastrzec" prewencyjną izolację i podjąć decyzję w tym przedmiocie nie później niż w dniu, w którym więzień odbyłby wymierzoną karę pozbawienia wolności w całości. Dotyczy to również przypadków, w których wykonanie pozostałej części kary zostało zawieszone na okres próby, a reszta kary jest wykonywana. Sąd wydaje postanowienie, jeżeli ogólna ocena osoby skazanej, popełnionego przestępstwa, a także rozwój osoby skazanej do dnia wydania decyzji, wskazują na mniejsze prawdopodobieństwo popełnienia poważnego przestępstwa. Może to mieć miejsce przy spełnieniu określonych przesłanek wymienionych w tym przepisie.

Zgodnie z zasadą proporcjonalności, izolacji postpenalnej nie można natomiast zarządzić, jeżeli jej użycie jest nieproporcjonalne do wagi przestępstwa popełnionego lub jakie zakłada się, że popełni konkretny skazany oraz do stopnia zagrożenia, jakie stwarza on dla społeczeństwa[9].

Wyraźnie zatem przesłanki umieszczenia w Niemczech w ośrodkach izolacji postpenalnej zostały ukształtowane zupełne inaczej niż w Polsce, przewidując obligatoryjne orzekanie przez sąd w tym przedmiocie, jak i fakultatywne. Co więcej zapisanie w kodeksie karnym zasady proporcjonalności należy ocenić pozytywnie, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy historię karalności pacjentów umieszczonych w KOZZD. W Niemczech orzeka sąd karny, w Polsce zaś przewidziana została kognicja sądu cywilnego, co było wielokrotnie krytykowane na etapie uchwalania ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.[10]

9 § 62 kodeksu karnego Niemiec.

10 Wciąż podnoszone są głosy, że ustawa z 22 listopada 2013 r. ma charakter represyjny, a orzekanie na jej podstawie powinno należeć do sądów karnych.

W przeszłości rozstrzygnięcie czy uznać daną osobę za niebezpieczną zapadało w systemie niemieckim dopiero tuż przed końcem odbywania kary pozbawienia wolności. Ten sposób procedowania zakwestionował jednak Federalny Trybunał Konstytucyjny Niemiec, który wyrokiem z dnia 4 maja 2011 r.[11], stwierdzającym niekonstytucyjność przepisów kodeksu karnego odnoszących się do izolacji postpenalnej w Niemczech, doprowadził do nowelizacji przepisów[12]. Miało to miejsce po wydaniu wyroku przez Europejski Trybunał Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie M. przeciwko Niemcom[13], w którym Trybunał orzekł naruszenie art. 5 ust. 1 oraz art. 7 ust. 1 EKPC[14].

Obecna treść kodeksu karnego Niemiec z dnia 13 listopada 1998 r., znowelizowanego w 2013 r.[15], zawiera normy gwarancyjne[16], które wyeliminowały uchybienia stwierdzone przez ETPC, jak również przez Federalny Trybunał Konstytucyjny Niemiec. Zasadnicze zmiany wprowadziła ustawa z dnia 5 grudnia 2012 r. o wdrożeniu przez prawo federalne wymogu prewencyjnej izolacji społecznej (tłum. własne[17]). Weszła ona w życie w dniu 1 czerwca 2013 r.[18].

Prewencyjna detencja w Niemczech jest wykonywana w ośrodkach, które znajdują się w niemalże każdym landzie. Łącznie funkcjonuje 14 takich placówek, w których przebywa 581 osób[19]. Począwszy od 2012 r. liczba osób umieszczonych w izolacji prewencyjnej zachowuje tendencję wzrostową.

Ośrodki są zlokalizowane przy jednostkach penitencjarnych. To pozwala na lepszą organizację pracy i oszczędności finansowe – istnieje możliwość wykorzystania kadry jednostki penitencjarnej do obsługi ośrodka dla niebezpiecznych, umożliwia przeniesienie konkretnej osoby, która stwarza szczególne problemy, do oddziału dla skazanych niebezpiecznych bądź do oddziału terapeutycznego (jeśli zajdzie taka konieczność ze względu na zachowanie pacjenta bądź potrzebę wdrożenia szczególnych oddziaływań terapeutycznych), mieszczących się w obrębie jednostki penitencjarnej. Korzystanie z tych samych miejsc pracy, sal widzeń, czy kantyny, przez wszystkie

11 Federalny Dziennik Ustaw, s. 1003, 2 BvR 2365/09 i in.

12 Zob.https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2011/05/rs20110504_2bvr236509en.html [dostęp: 6.06.2020 r.].

13 Wyrok ETPC z dnia 17 grudnia 2009 r. w sprawie M. przeciwko Niemcom, skarga nr 19359/04.

14 Skarżący przebywał w izolacji prewencyjnej od 1991 r. i podnosił naruszenie art. 5 § 1 EKPC ze względu na prewencyjne pozbawienie wolności po upływie dziesięcioletniego okresu, który był maksymalny dla takiego pozbawienia wolności zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w chwili jego przestępstwa i skazania. Twierdził ponadto, że retrospektywne przedłużenie jego prewencyjnej izolacji na czas nieokreślony naruszyło gwarantowane w art. 7 ust. 1 EKPC, prawo do tego aby nie nakładać na niego surowszej kary niż ta, która obowiązywała w chwili popełnienia przestępstwa.

15 Kodeks karny z dnia 11 listopada 1998 r., Federal Law Gazette [Bundesgesetzblatt] I s. 3322, znowelizowany art. 1 ustawy z dnia 24 września 2013 r., Federal Law Gazette I s. 3671 oraz art. 6 ust. 18 ustawy z dnia 10 października 2013 r., Federalny Law Gazette I s. 3799.

16 K. I. Kobus-Ogrodniczak, Glosa do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 7 stycznia 2016 r. w sprawie Bergmann przeciwko Niemcom [w:] Prokuratura i Prawo z 2016 r., Nr 11, s.156.

17 Oryg. Gesetz zur bundesrechtlichen Umsetzung des Abstandsgebotes im Recht der Sicherungsverwahrung

18 Federalny dziennik ustaw, część I 2012 nr 57 11.12.2012, s. 2425, http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP17/438/43817.html [dostęp: 6.06.2020 r.].

19 Dane na dzień 31 marca 2019 r., https://de.statista.com/statistik/daten/studie/75094/umfrage/strafgefangene-in-sicherungsverwahrung/ [dostęp: 6.06.2020 r.].

osoby pozbawione wolności – skazane, tymczasowo aresztowane i izolowane prewencyjnie – należy ocenić pozytywnie.

Zasadą jest również odrębne rozmieszczenie kobiet i mężczyzn. Odstępstwo od tej zasady jest dopuszczalne, jeżeli wymaga tego umożliwienie osobie izolowanej uczestniczenia w oddziaływaniach związanych z pobytem w izolacji, które dostępne są tylko w zakładzie lub oddziale przeznaczonym dla osób odmiennej płci.

Warto wziąć pod uwagę tego rodzaju rozwiązania przy uruchamianiu kolejnych ośrodków w Polsce, zarówno w kontekście samej lokalizacji przy jednostce penitencjarnej, możliwości korzystania z jej pełnej infrastruktury przez osoby znajdujące się w izolacji postpenalnej, jak również rozdzielenia kobiet i mężczyzn.

Najistotniejszym elementem systemu niemieckiego jest jednak reguła, zgodnie z którą osoba uznana za niebezpieczną jest traktowana „lepiej" niż skazany odbywający karę pozbawienia wolności. Nie jest ona bowiem pozbawiona wolności w związku z popełnieniem czynu zabronionego, za który karę już odbyła. Jest człowiekiem, który w opinii biegłych i sądu stanowi zagrożenie dla społeczeństwa i dlatego jest od niego izolowany.

To inne postrzeganie umieszczonego po odbyciu kary w ośrodku izolacji, w oderwaniu od przestępstwa, które w przeszłości popełnił, z uwzględnieniem jego zaburzeń, nad którymi trzeba pracować, przy zapewnieniu mu godnych warunków i humanitarnego traktowania, odróżnia niestety ośrodki niemieckie od polskiego Ośrodka w Gostyninie – na niekorzyść tego ostatniego.

Warto również zaznaczyć, że w Niemczech nie funkcjonuje środek jedynie ograniczający wolności dla osób stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa, jakim w Polsce jest nadzór prewencyjny. Dyskutowana jest natomiast możliwość wprowadzenia dozoru elektronicznego (odpowiednik naszego Systemu Dozoru Elektronicznego) w czasie samodzielnego przebywania poza ośrodkiem, w ramach udzielonej przepustki. Jak poinformowali pracownicy placówki w Rosdorf, od początku jej funkcjonowania miały miejsce 3 ucieczki, w czasie przepustek poza ośrodkiem. Miało to miejsce w trakcie wizyt u członków rodziny, mimo że spotkania odbywały się pod nadzorem pracowników ośrodka. Stąd wprowadzenie dozoru elektronicznego byłoby przydatnym rozwiązaniem.

III. Ustawa z dnia 12 grudnia 2012 r. kraju związkowego Dolnej Saksonii o pobycie w izolacji osób stanowiących zagrożenie dla społeczeństwa – najważniejsze regulacje

Ustawa regulująca pobyt w ośrodku w Rosdorf szczegółowo określa zasady izolacji i prawa osadzanych tam osób. Poniżej zostaną przedstawione te regulacje, które zwracają szczególną uwagę autorki i odróżniają system niemiecki od polskiego.

Wszystkie przepisy ustawy Dolnej Saksonii są wyraźnie podporządkowane temu, aby pobyt w izolacji w takim stopniu zmniejszył poziom zagrożenia dla społeczeństwa stwarzany przez osobę izolowaną, by mógł on zostać jak najszybciej zawieszony na próbę lub uznany za zakończony (art. 2 pkt 1 ustawy).

Z całości omawianego aktu prawnego wybrzmiewa myśl, jak przygotować człowieka, uznanego za stwarzającego zagrożenie dla społeczeństwa, do opuszczenia ośrodka. Dlatego też, podczas pobytu w nim, osoby izolowane powinny zdobyć umiejętności, które pozwolą im w przyszłości prowadzić odpowiedzialne życie w społeczeństwie, bez popełniania czynów karalnych. Równocześnie pobyt osób izolowanych służy zapewnieniu społeczeństwu ochrony przed dalszymi poważnymi czynami karalnymi (art. 2 pkt 2 i 3 ustawy).

To znamienna treść, podkreślająca cel pobytu w ośrodku, determinująca pracę z umieszczonymi w nim osobami. Ta jasność przekazu jest ważna dla pozbawionych wolności w tego typu miejscach, zatrudnionych tam pracowników, jak i dla społeczeństwa. Dążymy do zwolnienia z ośrodka, co nie oznacza jednak, że każdego uda się zwolnić. Być może niektóre osoby spędzą tam resztę swojego życia, co podkreślał kierownik placówki w Rosdorf w czasie wizyty studyjnej.

Niezależnie od rezultatu prowadzonych oddziaływań, przepis art. 3 ustawy Dolnej Saksonii podkreśla, że pobyt osób izolowanych powinien się koncentrować na zapewnieniu wolności i terapii, a tryb życia podczas pobytu w izolacji powinien być dostosowany do powszechnych standardów życia, o ile osoby izolowane nie podlegają przewidzianym w ustawie ograniczeniom wolności. Należy utrzymywać i wspierać kontakt z życiem toczącym się poza placówką, a także przeciwdziałać szkodliwym skutkom pozbawienia wolności. Przy organizowaniu pobytu w izolacji i regulowaniu poszczególnych spraw należy uwzględnić różne sytuacje życiowe i potrzeby osób izolowanych, w szczególności pod względem wieku, płci i pochodzenia.

Przepis art. 3 ustawy kładzie nacisk na zasadę normalizacji, jedną z najważniejszych zasad Europejskich Reguł Więziennych z 2006 r.[20]. Życie każdej osoby pozbawionej wolności, aby mogła ona z powodzeniem powrócić do życia w wolnym społeczeństwie, powinno przypominać tak dalece jak to możliwe życie na wolności. Wskazanie w ustawie, że konieczne jest przeciwdziałanie szkodliwym skutkom pozbawienia wolności, to bardzo ważne sformułowanie, które pokazuje, że ustawodawca niemiecki zwraca na to uwagę. Jest to standard międzynarodowy, uwzględniony wprost w ustawodawstwie Dolnej Saksonii. Na próżno szukać go natomiast w przepisach polskiej ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

Uwzględnienie różnych potrzeb osób izolowanych od społeczeństwa oznacza w praktyce między innymi umożliwienie wyposażenia pokoi według własnego uznania pacjentów, możliwość swobodnego przemieszczania się na świeżym powietrzu i po terenie ośrodka, zgodnie

[20] Zalecenie Rec(2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich w sprawie Europejskich Reguł Więziennych, przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów.

z zaprogramowanym indywidualnie chipem do drzwi poszczególnych pomieszczeń, możliwość wykonywania pracy, uprawiania ogródka (każdy pacjent ma swoją przestrzeń zieloną), swobodę spędzania czasu w siłowni czy w sali warsztatów. W końcu przejawia się także organizowaniem przez personel ośrodka pobytu w domu opieki po opuszczeniu placówki, jeżeli wymaga tego stan konkretnego pacjenta. To również wyraz indywidualnego traktowania niebezpiecznych.

Tego wszystkiego brakuje w KOZZD, gdzie nie dostrzega się zrozumienia dla zasady normalizacji w przypadku tej kategorii osób pozbawionych wolności. Jej zrozumienie przez osoby zarządzające i wdrożenie do codziennych zasad funkcjonowania Ośrodka w Gostyninie, jest bardzo potrzebne, jeśli w perspektywie chcemy z powodzeniem doprowadzić do powrotu osoby stwarzającej zagrożenie do życia w wolnym społeczeństwie.

Warto również zwrócić uwagę na treść art. 4 ustawy, zgodnie z którym należy stale pobudzać i wspierać gotowość osoby izolowanej do współdziałania podczas dążenia do osiągnięcia celów pobytu. Ośrodek jest zobowiązany niezwłocznie zaproponować osobie izolowanej odpowiednią opiekę i inne środki niezbędne do realizacji tych celów. Opieka obejmuje w szczególności terapię psychiatryczną, psychoterapię i socjoterapię i jest sprawowana przez funkcjonariuszy służby penitencjarnej z różnych pionów, którzy powinni ze sobą współpracować. Ustawa podkreśla też, że terapia musi odpowiadać aktualnemu stanowi nauki. O ile standardowe terapie okażą się niewystarczające lub nie dają szans na osiągnięcie zamierzonego efektu, należy opracować nowe metody terapeutyczne. Środki, które zostały zaproponowane lub zastosowane, wymagają udokumentowania.

Zawarcie w ustawie takiej normy jest bardzo ważne. Terapeuci pracujący z osobami izolowanymi powinni bowiem podnosić swoje kwalifikacje, wykorzystywać powszechnie uznawane metody w terapii indywidualnej lub grupowej. Jednocześnie indywidualizacja prowadzenia oddziaływań będzie niekiedy wymuszała zmianę metod terapeutycznych w przypadku konkretnego pacjenta, gdy dotychczasowe metody nie przynoszą rezultatu. Z perspektywy funkcjonowania KOZZD i stosowanych tam metod terapeutycznych[21], taki przepis ustawy Dolnej Saksonii jest bardzo ważny i powinien w przyszłości znaleźć się również w ustawodawstwie polskim.

Następnie, przepis art. 5 wskazuje, że osoba izolowana podlega określonym w ustawie ograniczeniom jej swobód. O ile ustawa nie zawiera przepisów szczególnych, na osobę izolowaną mogą być nałożone ograniczenia niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa zakładu, a to obejmuje także ochronę społeczeństwa przed popełnieniem przez osoby izolowane poważnych czynów karalnych.

Przy czym przepis art. 6 podkreśla, że spośród kilku odpowiednich środków należy zastosować taki, który przypuszczalnie w jak najmniejszym stopniu będzie ograniczał swobodę osoby

---

[21] Zob. s. 30 raportu KMPT z wizytacji KOZZD w 2019 r., https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyci%C4%85g%20-%20KOZZD%20Gostynin%202019.pdf [dostęp: 6.06.2020 r.].

izolowanej. Zastosowany środek nie może wyrządzać osobie izolowanej uszczerbku, który byłby wyraźnie niewspółmierny do celu przyświecającego pobytowi w izolacji. Dany środek może być stosowany tylko do momentu osiągnięcia zakładanego celu lub stwierdzenia, że cel ten nie może już być osiągnięty. Taka regulacja wyraża zatem zasadę proporcjonalności wdrażanych wobec konkretnej osoby środków i wymaga dokonania oceny, na ile spowodują one wzbudzenie u osoby izolowanej gotowości do współpracy przy osiąganiu celów pobytu w ośrodku.

IV. Procedura przyjęcia

Ustawa Dolnej Saksonii reguluje, że z osobą izolowaną tuż po przyjęciu przeprowadzana jest rozmowa, podczas której jest ona informowana o przysługujących jej prawach i obowiązkach oraz o najważniejszych kwestiach organizacyjnych dotyczących pobytu w ośrodku. Równocześnie należy umożliwić osobie izolowanej wyrażenie swoich uwag w tym zakresie. Uwzględnia się je, o ile służą one osiągnięciu celów stawianych przed pobytem w izolacji. Osoba izolowana oraz należące do niej rzeczy są kontrolowane przy przyjęciu do ośrodka. Po zakończeniu tych czynności, pacjent jest poddawany badaniu lekarskiemu. Rozmowa koncentruje się przede wszystkim na okolicznościach istotnych dla oceny stopnia zagrożenia. Należą do nich indywidualne czynniki ryzyka, potrzeba i możliwość terapii, motywacja do terapii oraz zdolności osoby izolowanej, których wzmocnienie będzie przeciwdziałać potencjałowi zagrożenia. Uwzględnia się również uwagi i spostrzeżenia dokonane w ramach wcześniejszych pobytów w warunkach pozbawienia wolności. Analizowane są przyczyny popełnienia czynów karalnych. Na tej podstawie tworzony jest plan pobytu osoby uznanej za niebezpieczną dla społeczeństwa.

Po raz kolejny ustawa podkreśla, że aktualny stan nauki musi być brany pod uwagę przy przeprowadzaniu wywiadu z pacjentem. Warto zwrócić uwagę, że ma to ogromne znaczenie i wymusza na kadrze terapeutycznej doszkalanie się, dostosowywanie metod pracy do aktualnie dostępnej wiedzy.

Te drobiazgowe, jak by się mogło wydawać, wytyczne odnośnie przeprowadzanej z niebezpiecznym rozmowy, mają znaczenie jeśli spojrzymy na proces postępowania z pacjentem KOZZD, w stosunku do którego ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. nie reguluje większości zagadnień i rodzi działanie personelu nie oparte na właściwych podstawach prawnych.

Kolejny przepis art. 9 ustawy Dolnej Saksonii precyzuje, że plan pobytu w izolacji zawiera informacje dotyczące co najmniej następujących środków: psychoterapii i socjoterapii, innych środków terapii indywidualnej lub grupowej, umieszczenia w zakładzie karnym lub na oddziale terapeutycznym, przydzielenia do różnych grup służących osiągnięciu celów pobytu w izolacji; środków pobudzających i wspierających gotowość osoby izolowanej do współpracy w trakcie realizacji terapii; rodzaju i zakresu możliwej do zaproponowania pracy, formy kształcenia

i doskonalenia oraz uczestniczenia w terapii przez pracę; udziału w zajęciach dokształcających; udziału w programach spędzania czasu wolnego; środków służących uporządkowaniu spraw osobistych, ekonomicznych i społecznych; środków ograniczających izolację; środków wspierających kontakty zewnętrzne i przygotowujących odpowiednie środowisko społeczne oraz środków przygotowujących do potencjalnego zwolnienia i zapewnienia stałej opieki.

Tak skonstruowany plan pobytu jest omawiany z osobą izolowaną, sporządzany na piśmie, a następnie jeden egzemplarz tego dokumentu zostaje jej wręczony. Plan powinien być aktualizowany. Jego wszechstronność pozwala oddziaływać na pacjenta w sposób zindywidualizowany i dążyć do osiągnięcia stanu, który doprowadzi do zwolnienia z ośrodka. Fakt zaangażowania pacjenta w opracowanie tego planu i jego przekazanie na piśmie pacjentowi, ma stworzyć warunki swego rodzaju kontraktu terapeutycznego. Znajomość przez izolowanego planu pobytu jest bardzo ważna i warunkuje zrozumienie dla określonych oddziaływań. Przykład KOZZD, gdzie pacjenci nie otrzymują indywidualnych planów terapii, nie są niekiedy świadomi ich treści[22], pokazuje wagę tych przepisów.

V. Opieka medyczna

Rozdział ósmy ustawy Dolnej Saksonii dotyczący opieki medycznej wskazuje, że organ penitencjarny dba o zdrowie osoby izolowanej. Pacjent, na wniosek, może być leczony na własny koszt przez wybranego przez siebie lekarza lub lekarza stomatologa. Wniosek może być jednak rozpatrzony odmownie, jeśli personel ośrodka uzna, że będzie to zagrażało bezpieczeństwu zakładu. Leczenie powinno być prowadzone na terenie ośrodka.

Ponadto, zgodnie z art. 59 ustawy Dolnej Saksonii, osobie izolowanej przysługuje prawo do szczepień ochronnych, profilaktycznych świadczeń medycznych, badań stanu zdrowia i leczenia chorób. Następne przepisy stanowią jakie świadczenia medyczne są oferowane osobom izolowanym, jaki zakres obejmują, na czym polega profilaktyczna opieka. Opiekę medyczną zapewniają lekarze zatrudnieni w ośrodku w pełnym wymiarze godzin.

Ustawa przewiduje również leczenie poza miejscem pobytu w izolacji, w przypadku, gdy choroba nie może być zdiagnozowana albo leczona na terenie zakładu lub w szpitalu zakładowym bądź nie ma możliwości przeniesienia osoby izolowanej w stosownym czasie do szpitala zakładowego. Należy zapewnić takiej osobie, po wyrażeniu przez nią zgody, leczenie poza ośrodkiem. Zgoda nie jest wymagana, jeżeli zachodzą przesłanki przymusowego leczenia, które także precyzuje ustawa.

[22] Takie ustalenia wynikają z rozmów z pacjentami KOZZD, przeprowadzonymi przez pracowników Biura RPO.

Ponadto, ustawa reguluje kwestię leczenia pacjenta w czasie wyjść poza ośrodek oraz stanowi, że za zgodą osoby izolowanej organ penitencjarny może zlecić przeprowadzenie leczenia, operację lub przyznanie środków protetycznych, które pomagają w lepszej integracji społecznej.

VI. Codzienne funkcjonowanie pacjentów w ośrodku

Rozdział trzeci ustawy Dolnej Saksonii odnosi się do pobytu osoby uznanej za niebezpieczną, jego przestrzeni mieszkalnej, wyżywienia, możliwości dokonywania zakupów.

Przepisy podkreślają, że osoba izolowana otrzymuje do samodzielnego użytkowania przestrzeń mieszkalną o wystarczającej powierzchni do mieszkania i spania. Strefę sanitarną należy całkowicie, trwale wydzielić od części mieszkalnej. Wszystkie te warunki są spełnione w praktyce. Zapewnienie poszanowania prawa do prywatności i intymności ma miejsce w stosunku do każdego pacjenta.

Jednocześnie w celu wspierania zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie, kilka przestrzeni mieszkalnych wraz ze strefami i urządzeniami wspólnie użytkowanymi, powinno być łączonych w tzw. grupy mieszkań. Pacjenci zostaną poddani ocenie, czy ich stan i zachowanie pozwalają na pobyt w takich warunkach. Do grup mieszkań powinni być na stałe przydzieleni wyznaczeni funkcjonariusze służby penitencjarnej, odpowiedzialni za opiekę nad umieszczonymi tam osobami. Przepis art. 21 ustawy stanowi również o tym, że w ośrodku należy urządzić inne strefy przeznaczone do ogólnego użytkowania, a zalicza się do nich także strefę na wolnym powietrzu.

Osoba izolowana podczas ciszy nocnej musi przebywać w swojej własnej przestrzeni mieszkalnej. Poza okresem ciszy nocnej może się ona swobodnie poruszać w strefach wspólnie użytkowanych na terenie grupy mieszkań. W tym czasie może ona wchodzić do przestrzeni mieszkalnej innej osoby izolowanej, jeżeli dana osoba wyrazi na to zgodę. Przy czym, swoboda przemieszczania się osoby izolowanej oraz korzystanie z udostępnionych urządzeń wspólnego użytkowania mogą być ograniczone, jeżeli: należy się obawiać szkodliwego wpływu na inne osoby izolowane, wymaga tego bezpieczeństwo zakładu lub jest to niezbędne w celu niedopuszczenia do nadmiernego zakłócania spokoju innych osób umieszczonych w ośrodku, funkcjonariuszy służby penitencjarnej lub innych osób.

Pacjent może korzystać z własnej odzieży, bielizny i pościeli, ale na wniosek może otrzymać odzież zakładową. Należy mu zezwolić na żywienie się we własnym zakresie, o ile wystąpi z takim wnioskiem i nie koliduje to z bezpieczeństwem zakładu. Wniosek należy złożyć najpóźniej z miesięcznym wyprzedzeniem. Koszty wyżywienia we własnym zakresie ponosi osoba izolowana. Zgoda na wyżywienie we własnym zakresie może zostać cofnięta, w określonych okolicznościach, przewidzianych ustawą. W przypadku niewyrażenia osobie izolowanej zgody na żywienie

we własnym zakresie, korzysta ona z posiłków dostarczanych przez ośrodek. Osobie izolowanej należy zapewnić zdrowe żywienie i nakłaniać ją do takiego odżywiania, jak również umożliwić przestrzeganie zasad żywienia obowiązujących w jej wspólnocie religijnej. Na podstawie decyzji lekarza, zapewnione zostanie szczególne wyżywienie.

Zgodnie z art. 26 ustawy, osoba izolowana może robić zakupy w ramach oferty określonej przez organ penitencjarny. Należy zapewnić ofertę, która uwzględnia życzenia i potrzeby osób izolowanych.

Ponownie, w oparciu o wskazane regulacje, należy docenić dostrzeżenie różnych okoliczności i aspektów życia pacjentów w izolacji. To przemyślane normy, które powinny znaleźć się również w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. dotyczącej KOZZD.

VII. Kształcenie, zatrudnienie i opieka duszpasterska

Zgodnie z art. 37 ustawy Dolnej Saksonii, zasadą jest, że osoba izolowana nie jest zobowiązana do pracy, kształcenia i doskonalenia oraz do uczestniczenia w terapii przez pracę. Należy jej natomiast pozwolić na wykonywanie pracy, uczestniczenie w kształceniu lub doskonaleniu zawodowym poza zakładem na podstawie swobodnego stosunku zatrudnienia, o ile nie stanowi to zagrożenia dla osiągnięcia celu pobytu w izolacji i możliwe jest zarządzenie środków ograniczających izolację niezbędnych dla wykonywania tych czynności.

Na świadectwie ukończenia kształcenia lub doskonalenia zawodowego nie może być umieszczona informacja, z której wynika, że dana osoba przebywa w izolacji prewencyjnej.

W KOZZD pacjenci aktualnie nie mają możliwości ani kształcenia, ani wykonywania pracy. Nie przewidziano takich form aktywizacji i rozwoju pacjentów, a zabiegi jednej z osób izolowanych w Ośrodku w Gostyninie aby podjąć studia wyższe, pozostają bez pozytywnego rozstrzygnięcia.

Osoba izolowana, która wykonuje zaproponowaną pracę lub uczestniczy w terapii przez pracę, otrzymuje wynagrodzenie. Pacjent dysponuje własnymi środkami finansowymi. Ponadto, na wniosek należy mu przyznać kieszonkowe, o ile znajduje się ona w potrzebie[23].

Jeżeli chodzi o opiekę duszpasterską, to zgodnie z art. 55 ustawy Dolnej Saksonii osobie izolowanej nie można jej odmówić. Na życzenie pacjenta ośrodek powinien mu pomóc w nawiązaniu kontaktu z duszpasterzem, reprezentującym jego wspólnotę wyznaniową. Poza tym, dopuszczalne jest posiadanie ksiąg religijnych, przy czym ich liczba może zostać ograniczona, jeżeli jest to konieczne ze względu na zachowanie bezpieczeństwa zakładu. Święte księgi mogą zostać odebrane tylko w przypadku poważnego nadużycia, a na żądanie osoby izolowanej o fakcie odebrania

[23] Akty wykonawcze precyzują tę kwestię.

należy powiadomić jej duszpasterza. Osobie izolowanej należy pozostawić pozostałe przedmioty używane do praktyk religijnych, o ile na przeszkodzie nie stoją względy bezpieczeństwa.

Osoba izolowana ma prawo do uczestniczenia na terenie zakładu we mszy i w innych spotkaniach religijnych jej wyznania. Ograniczenia w tym zakresie mogą mieć miejsce o ile jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa zakładu lub w celu niedopuszczenia do poważnego zakłócenia mszy lub spotkania religijnego. Wcześniej jednak należy wysłuchać duszpasterza.

VIII. Kontakt ze światem zewnętrznym

Kontakty ze światem zewnętrznym reguluje rozdział czternasty ustawy Dolnej Saksonii. Osoba izolowana może po wcześniejszym zgłoszeniu przyjmować gości. Godziny odwiedzin w ciągu dnia określa regulamin obiektu. Wizyty poza wyznaczonymi godzinami powinny być dopuszczone, jeżeli służą one załatwieniu ważnych spraw, które nie mogą czekać. O ile nie zagraża to osiągnięciu celu pobytu w izolacji, powinny być dopuszczalne wielogodzinne wizyty bez nadzoru (wizyty długoterminowe). Ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa ośrodka istnieje możliwość uzależnienia wizyty konkretnej osoby od jej kontroli i ograniczenia liczby osób dopuszczonych równocześnie do składania wizyty. Jednocześnie art. 28 ustawy wskazuje przesłanki, jakie mogą stać się podstawą zakazania wizyt: 1. jeżeli stanowiłyby one zagrożenie dla zakładu lub 2. w przypadku odwiedzających niebędących rodziną osoby izolowanej w rozumieniu kodeksu karnego, jeżeli istnieją obawy, że wizyty te stanowiłyby zagrożenie dla osiągnięcia przez osobę izolowaną celu pobytu w izolacji. W kontekście widzeń z prawnikami, ustawa stanowi natomiast, że merytoryczna kontrola dokumentów i innych materiałów przyniesionych przez adwokata jest niedopuszczalna.

Kontrolowanie rozmowy w trakcie wizyty jest dopuszczalne tylko w szczególnych przypadkach, gdy wymaga tego osiągnięcie celu pobytu w izolacji lub zachowanie bezpieczeństwa zakładu. Wizyty obrońców nie są nadzorowane.

Organ penitencjarny może zarządzić widzenie w sposób uniemożliwiający bezpośredni kontakt, o ile jest to niezbędne dla zachowania bezpieczeństwa zakładu. Wizyta może zostać, po wcześniejszym ostrzeżeniu, przerwana, jeżeli odwiedzający lub osoba izolowana naruszają przepisy ustawy lub wydane na jej podstawie zarządzenia. Wizyta może zostać przerwana natychmiast, jeżeli jest to niezbędne w celu zażegnania zagrożenia bezpieczeństwa zakładu.

Podczas widzeń przedmioty mogą być przekazywane tylko po uzyskaniu zgody. Nie dotyczy to dokumentów na piśmie i innych materiałów przekazywanych podczas widzeń z obrońcą, adwokatem lub notariuszem.

Jeżeli chodzi o korespondencję, to osoba izolowana może wysyłać i otrzymywać pisma, a w sprawach pilnych należy jej umożliwić nadawanie pism faksem.

Jak ważne jest wskazanie takiego uprawnienia w ustawie pokazuje praktyka postępowania w KOZZD, kiedy wniosek o udzielenie przepustki losowej na pogrzeb ojca, pacjent musiał wysłać do sądu listem zwykłym, mimo że termin pogrzebu przypadał na kolejny dzień. Tylko wysłanie go faksem gwarantowało możliwość wypowiedzenia się w tej pilnej sprawie przez sąd[24]. Można jednak postawić pytanie czy aż taka drobiazgowość regulacji jest konieczna w sytuacjach losowych, gdy administracja Ośrodka powinna reagować adekwatnie do sytuacji i udzielić odpowiedniego wsparcia pacjentowi po uzyskaniu wiadomości o śmierci osoby najbliższej.

Korespondencja z określonymi osobami może zostać zabroniona, jeżeli stanowiłoby to zagrożenie dla zakładu lub istnieje podejrzenie, że korespondencja z osobami niebędącymi członkami rodziny osoby izolowanej w rozumieniu kodeksu karnego zagrażałaby osiągnięciu celu pobytu w izolacji.

Korespondencja może być nadzorowana, jeżeli jest to niezbędne dla osiągnięcia celu pobytu w izolacji lub ze względu na bezpieczeństwo zakładu. Ustawa podkreśla jednocześnie, że korespondencja osoby izolowanej z obrońcą nie jest nadzorowana. Można nakazać, aby wysyłanie i odbieranie listów odbywało się za pośrednictwem organu penitencjarnego, o ile jest to niezbędne w celu sprawdzenia wystąpienia przesłanek nadzorowania korespondencji. Pisma przychodzące i wychodzące muszą być niezwłocznie przekazane.

Pisma mogą być zatrzymane, jeżeli zagrożony byłby cel pobytu w izolacji lub bezpieczeństwo zakładu, można by się spodziewać szkodliwego wpływu na osobę poszkodowaną w wyniku czynu karalnego popełnionego przez osobę izolowaną, przekazanie pism przy znajomości ich treści spełniłoby całokształt znamion czynu przestępczego lub czynu zagrożonego grzywną, mogą stanowić zagrożenie dla osiągnięcia celów pobytu w izolacji u innych osób izolowanych albo zostały napisane szyfrem, w sposób nieczytelny, niezrozumiały lub bez powodu w języku obcym.

Osoba izolowana zostanie poinformowana o zatrzymaniu pisma. Zostanie ono zwrócone nadawcy lub będzie przechowywane, jeżeli odesłanie pisma do nadawcy jest niemożliwe lub niewskazane.

W kontekście rozmów telefonicznych, osobie izolowanej należy pozwolić na prowadzenie rozmów telefonicznych poza godzinami ciszy nocnej. W nagłych zaś przypadkach oraz w przypadku, gdy w przestrzeni mieszkalnej osoby izolowanej znajduje się łącze telefoniczne, należy pozwolić na prowadzenie rozmów telefonicznych także podczas ciszy nocnej.

W przypadku zamiaru prowadzenia kontroli rozmowy, jej uczestnik musi być o tym powiadomiony przez organ penitencjarny lub przez osobę izolowaną niezwłocznie po uzyskaniu połączenia. Osobę izolowaną należy z odpowiednim wyprzedzeniem, przed rozpoczęciem rozmowy telefonicznej, powiadomić o planowanym kontrolowaniu rozmowy. Jej treść podlega utrwaleniu.

---

[24] Ostatecznie interwencja telefoniczna z Biura RPO doprowadziła do przesłania pisma faksem do SO w Płocku.

Zgodnie z art. 36 ustawy Dolnej Saksonii, osoba izolowana może otrzymywać paczki, przy czym nie mogą one zawierać przedmiotów, które zagrażają bezpieczeństwu zakładu lub osiągnięciu celu pobytu w izolacji. Kontrola przesyłek jest przeprowadzana w obecności osoby izolowanej.

Ponadto, pacjent może za pośrednictwem organu penitencjarnego zamawiać gazety i czasopisma. Wyklucza się możliwość zamawiania gazet i czasopism, których rozpowszechnianie zagrożone jest karą lub grzywną. Poszczególnych wydań lub fragmentów gazet bądź czasopism można osobie izolowanej odmówić, jeżeli stanowią one poważne zagrożenie dla celu pobytu w izolacji lub dla bezpieczeństwa zakładu.

Niezależnie od prawa osoby izolowanej do korzystania w swojej przestrzeni mieszkalnej z radia i telewizji należy jej umożliwić wspólne słuchanie radia i oglądanie telewizji na terenie zakładu. Audycje należy dobierać przy stosownym uwzględnieniu życzeń i potrzeb w zakresie informacji o państwie, kształcenia i rozrywki. Słuchanie radia i oglądanie telewizji należy tymczasowo zawiesić lub zabronić poszczególnym pacjentom, jeżeli jest to niezbędne w celu zachowania bezpieczeństwa zakładu lub uniknięcia nadmiernego zakłócania spokoju innych osób izolowanych.

Na tym tle zwraca uwagę tylko jeden telewizor w przestrzeni świetlicowej w KOZZD, brak możliwości posiadania własnego telewizora w pokojach mieszkalnych[25] oraz cenzurowanie gazet oraz programów telewizyjnych przez pracowników Ośrodka w Gostyninie bez jakiejkolwiek podstawy prawnej[26]. Ustawa niemiecka racjonalnie odnosi się do korzystania z prasy, radia i telewizji i przede wszystkim tworzy jasne zasady w tym zakresie.

IX. System przepustek

Ustawa Dolnej Saksonii określa również środki, które prowadzą do zmniejszenia izolacji danej osoby. Możliwe jest podjęcie decyzji, że osoba izolowana:

1. może na określony czas w ciągu dnia opuścić ośrodek w towarzystwie osoby dopuszczonej przez organ penitencjarny (wyjście w towarzystwie) lub samodzielnie (wyjście),
2. może opuścić zakład samodzielnie na okres dłuższy niż jeden dzień kalendarzowy (wyjście długoterminowe), maksymalnie do dwóch tygodni,
3. może opuścić zakład w ramach wyjścia długoterminowego na okres do sześciu miesięcy, w celu przygotowania do potencjalnego zwolnienia lub

---

[25] Jak wyjaśnia Dyrektor KOZZD do pokoi mieszkalnych pacjentów nie zostało doprowadzone odpowiednie okablowanie, które umożliwiałoby odbiór telewizorów.

[26] Polega to na wyłączaniu scen erotycznych w programach telewizyjnych, czy zamazywaniu flamastrem nagich pleców kobiet, czy ich roznegliżowanych wizerunków w gazetach dostarczanych do Ośrodka w Gostyninie.

4. może poza zakładem regularnie wykonywać pracę pod nadzorem (zatrudnienie na zewnątrz) lub bez nadzoru funkcjonariusza służby penitencjarnej (wolne wyjście).

Poza tym, na wniosek osoby izolowanej należy zezwolić jej na opuszczenie zakładu pod nadzorem funkcjonariusza służby penitencjarnej na określony czas w ciągu dnia. Wyjścia poza ośrodek odbywają się, o ile jest to niezbędne do osiągnięcia celów pobytu w izolacji, minimum raz w miesiącu. Odmowa w tym zakresie jest możliwa tylko w przypadku, gdy zachodzą konkretne podstawy uzasadniające w znacznym stopniu ryzyko, że osoba izolowana ucieknie z zakładu lub wykorzysta wyjście do popełnienia poważnych czynów karalnych i ryzyka tego nie można uniknąć poprzez zapewnienie nadzoru przez maksymalnie dwóch funkcjonariuszy służby penitencjarnej i podjęcie stosownych środków bezpieczeństwa.

Takie brzmienie przepisu pokazuje, że w systemie niemieckim opuszczenie ośrodka przez osobę niebezpieczną jest ważnym elementem całego systemu i można od tego odstąpić jedynie w wyjątkowych okolicznościach. Przedstawiony katalog możliwych zwolnień z ośrodka w Rosdorf gwarantuje wdrażanie poszczególnych etapów pobytu w izolacji, które mają służyć przygotowaniu do życia w wolnym społeczeństwie, po wcześniejszym, niejednokrotnie wieloletnim pobycie w zakładzie karnym. W praktyce, w toku każdego z realizowanych wyjść poza ośrodek, pacjent uczy się być w środowisku ludzi wolnych, sprawdza samego siebie. Jednocześnie pozwala to personelowi towarzyszącemu obserwować zachowanie osoby izolowanej. Unika się przy tym jej stygmatyzacji, pozwalając na korzystanie z własnej odzieży, która nie wyróżnia pacjenta w otoczeniu.

Ustawodawca tworząc izolację postpenalną w Polsce nie uregulował żadnej procedury weryfikowania funkcjonowania poza ośrodkiem osoby, która w perspektywie ma szansę opuścić KOZZD, wobec pozytywnych opinii przedkładanych Sądowi Okręgowemu w Płocku przez Dyrektora Ośrodka. Przykład stopniowalnych zezwoleń na opuszczenie ośrodka dla niebezpiecznych – w asyście, następnie bez asysty pracownika ośrodka, przepustki krótkoterminowej, a w dalszej perspektywie długoterminowej, jest doskonałą formą przygotowania pacjenta do tego, aby mógł odnaleźć się w środowisku wolnym, ale też formą sprawdzenia go. Zapewne pomaga to sądowi podjąć decyzję w przedmiocie ewentualnego zwolnienia z ośrodka w Rosdorf. Tego typu rozwiązania są bardzo potrzebne także w Polsce i powinny zostać wdrożone w toku nowelizacji ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.

Analogiczną uwagę należy poczynić w kontekście tzw. przepustek losowych, nieuregulowanych w polskiej ustawie dotyczącej izolacji postpenalnej, natomiast sprecyzowanych w artykule 17 ustawy Dolnej Saksonii. Zgodnie z tym przepisem, na wniosek osoby izolowanej należy z ważnego powodu umożliwić jej skorzystanie ze środków ograniczających izolację. Do ważnych powodów zaliczana jest w szczególności choroba stanowiąca zagrożenie życia lub śmierć członka rodziny.

Przepis ten nie zawiera katalogu zamkniętego okoliczności, które mogą uzasadniać wyrażenie zgody na opuszczenie ośrodka dla niebezpiecznych, co należy ocenić pozytywnie i uznać, że różne szczególne okoliczności, jak pogrzeb członka rodziny, wydarzenia ważne dla pacjenta, będą mogły być podstawą ubiegania się o taką przepustkę. Odpowiada to wymogom art. 8 EKPC[27].

Ustawa stanowi też o uczestnictwie w wyznaczonym terminie w rozprawie sądowej, na którą osoba izolowana została wezwana na wniosek sądu lub prokuratury.

Osobie izolowanej w Niemczech mogą być wydane polecenia odnoszące się do wyjść poza ośrodek, jeżeli jest to konieczne do osiągnięcia celów pobytu w izolacji lub dla zapewnienia spełnienia przesłanek wymaganych do zarządzenia środków ograniczających izolację. Mianowicie osoba izolowana, której umożliwiono wyjście długoterminowe poza ośrodek, w celu przygotowania do potencjalnego zwolnienia, może w szczególności otrzymać polecenie podporządkowania się wyznaczonej przez organ penitencjarny osobie sprawującej opiekę, przebywania w placówkach poza zakładem i każdorazowo powracania na krótki czas do zakładu. Przy czym, przy stosowaniu środków wolnościowych, należy uwzględnić interesy osoby pokrzywdzonej przestępstwem popełnionym w przeszłości przez osobę izolowaną. Następnie ustawa wskazuje kiedy środki pozwalające na mniejszą izolację mogą zostać odwołane lub cofnięte na przyszłość.

Należy również zwrócić uwagę na treść art. 19 ustawy Dolnej Saksonii, zgodnie z którym organ penitencjarny może zdecydować o poddaniu osoby niebezpiecznej ocenie lub badaniu stanu zdrowia, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia czy istnieją przesłanki do odmowy udzielenia środków, które zmniejszają izolację. Ocena musi być przeprowadzona przez merytorycznie niezależnego specjalistę, który nie uczestniczył w leczeniu lub w inny sposób nie opiekował się osobą izolowaną. Ustawa podkreśla również, że w ocenie powinni uczestniczyć specjaliści z różnych dziedzin.

Przeprowadzenie badania stanu zdrowia jest konieczne, jeżeli zaistniały okoliczności uzasadniające domniemanie uzależnienia od narkotyków lub leków bądź ich nadużywania. Pobranie krwi lub innego rodzaju ingerencja w organizm są dopuszczalne, jeżeli są one dokonywane przez lekarza i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia osoby izolowanej.

Ocena lub badanie stanu zdrowia wymagają zgody zainteresowanej osoby izolowanej. Odmowę wyrażenia zgody przez osobę izolowaną należy natomiast uznać za wystąpienie przesłanek do odmowy zastosowania środków zmniejszających poziom izolacji, o czym należy poinformować pacjenta.

---

[27] Art. 8 ust. 1 EKPC stanowi, że każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji. Ustęp 2 - niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób.

W związku z podejmowaniem decyzji o ograniczeniu poziomu izolacji, od pacjenta mogą być pobierane krew i inne komórki organizmu, a do innego celu związanego z pobytem w izolacji mogą być one wykorzystywane, jeżeli ich pobranie byłoby dopuszczalne także w tym celu lub jeżeli osoba izolowana wyrazi na to zgodę. Krew i inne komórki organizmu należy niezwłocznie zniszczyć, gdy tylko przestaną być potrzebne do celów wskazanych w ustawie. Pobranie krwi lub innego rodzaju ingerencje w organizm są dopuszczalne, jeżeli są one dokonywane przez lekarza i nie stanowią zagrożenia dla zdrowia osoby izolowanej.

Jak widać precyzyjnie sformułowano prawo do określonych działań, w kontekście pobierania komórek organizmu. Pokazuje to ogromny dysonans pomiędzy ustawą Dolnej Saksonii, a polską ustawą z dnia 22 listopada 2013 r., w której zupełnie nie odniesiono się do takich kwestii. Treść przepisów ustawy niemieckiej oznacza, że ustawodawca przemyślał szereg zagadnień związanych z pobytem w izolacji na etapie uchwalania ustawy, nie pozostawiając wątpliwości jak w praktyce postąpić w wielu różnych sytuacjach.

X. Środki dyscyplinarne

Należy zwrócić również uwagę na katalog środków dyscyplinarnych, zawartych w art. 99 ustawy Dolna Saksonia. Przepis ten wymienia wśród nich: naganę, ograniczenie lub pozbawienie możliwości oglądania telewizji w przestrzeni mieszkalnej przez okres do czterech tygodni, ograniczenie lub pozbawienie urządzeń elektroniki rozrywkowej przez okres do czterech tygodni, ograniczenie lub wykluczenie z udziału w poszczególnych imprezach organizowanych w czasie wolnym przez okres do czterech tygodni oraz areszt przez okres do czterech tygodni. Ten ostatni izolujący środek dyscyplinarny może być jednak zarządzony tylko z powodu poważnych lub wielokrotnych uchybień. Istnieje możliwość łączenia kilku środków dyscyplinarnych.

Środki dyscyplinarne powinny być wykonywane niezwłocznie, ale mogą też być w całości lub częściowo zawieszone na okres próby do sześciu miesięcy. Na czas aresztu osoby izolowane zostają odseparowane od pozostałych mieszańców ośrodka i mogą być umieszczone w specjalnym pomieszczeniu aresztu. Dalsze przepisy stanowią o obowiązku wysłuchania osoby izolowanej i udziale lekarza w tym procesie.

Zwraca uwagę położenie akcentu, także w kontekście środków dyscyplinarnych, na cel pobytu w izolacji postpenalnej. Gdyby jego osiągnięcie było zagrożone, wykonanie środków dyscyplinarnych należy zawiesić lub przerwać.

Takie sformułowanie oraz enumeratywne wyliczenie rodzaju środków dyscyplinarnych sprawia, że pacjenci są świadomi możliwych konsekwencji w przypadku naruszenia obowiązujących w ośrodku zasad. Kierownik ośrodka nie ma też pola do nadużyć i tworzenia własnego katalogu

reakcji na zachowania pacjentów. Z takim problemem mamy natomiast do czynienia w KOZZD, wobec nieuregulowania tego zagadnienia w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r.

XI. Środki przymusu bezpośredniego

Zagadnienia związane z przymusem bezpośrednim zostały uregulowane w rozdziale trzynastym ustawy Dolnej Saksonii. Zgodnie z art. 91 ustawy, funkcjonariusze służby penitencjarnej mogą zastosować środki przymusu bezpośredniego, jeżeli konkretny cel nie może być osiągnięty w inny sposób. Wobec innych osób niż pacjenci przymus bezpośredni może być zastosowany, jeżeli usiłują one uwolnić osoby izolowane lub przedostały się na teren zakładu w sposób sprzeczny z prawem lub jeżeli przebywają w nim bez uprawnienia.

Przepis art. 93 stanowi, że w przypadku zarządzenia przez przełożonego lub przez inną upoważnioną osobę bezpośredniego przymusu, funkcjonariusze służby penitencjarnej muszą go zastosować, chyba że zarządzenie narusza godność lub zostało wydane w celach innych niż służbowe. Zarządzenie nie może być wykonane, gdyby oznaczało to popełnienie czynu karalnego. Jeżeli mimo tego zostanie ono wykonane przez funkcjonariuszy służby penitencjarnej, ponoszą oni winę tylko w przypadku, gdy zauważą lub na podstawie znanych im okoliczności jest oczywiste, że oznacza to popełnienie czynu karalnego. Funkcjonariusze mają obowiązek przekazać osobom wydającym zarządzenie swoje wątpliwości dotyczące zgodności z prawem wydanego zarządzenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, o ile jest to możliwe w danych okolicznościach. Inne przepisy nie mogą wyłączać zgłaszania takich wątpliwości przełożonym.

Przed zastosowaniem bezpośredniego przymusu należy najpierw ostrzec o jego użyciu. Ostrzeżenie to można pominąć tylko wtedy, gdy jest ono niedopuszczalne w danych okolicznościach lub przymus bezpośredni musi być zastosowany niezwłocznie, aby nie dopuścić do popełnienia czynu niezgodnego z prawem, wypełniającego znamiona czynu określonego w ustawie karnej lub zapobiec aktualnemu zagrożeniu.

Następnie przepis art. 97 stanowi, że badanie medyczne i terapia są dopuszczalne bez zgody osoby izolowanej w przypadku gdy jest to konieczne, aby nie dopuścić do udanej próby samobójczej. Podobnie, jeżeli osoba izolowana stanowi źródło zagrożenia dla zdrowia innej osoby i dany środek jest współmierny. Przymusowe badanie i terapia oraz żywienie są dopuszczalne także w przypadku zagrożenia życia lub poważnego zagrożenia dla zdrowia osoby izolowanej, jeżeli ona sama nie jest w stanie zrozumieć istniejącego zagrożenia i konieczności zastosowania środka lub działać w sposób uwzględniający chorobę.

Fakt przewidywania takich okoliczności przez ustawodawcę i stworzenie podstaw prawnych do określonych działań personelu ośrodka, może zapobiec sytuacjom skrajnym, takim jak śmierć w warunkach izolacji na skutek odmowy przyjmowania posiłków. Takich rozwiązań brakuje

w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r., a KOZZD zmagał się już kilkukrotnie z protestami głodowymi pacjentów.

XII. Procedura weryfikacji

Potrzeba dalszego pobytu w ośrodku niemieckim jest weryfikowana co 12 miesięcy, natomiast po okresie 10 lat pobytu w ośrodku – co 9 miesięcy[28]. W ocenie pracowników placówki w Rosdorf, częstsza weryfikacja nie jest konieczna ze względu na fakt, iż sposób zachowania i sytuacja niebezpiecznych nie ulegają zbyt częstym zmianom. Przy rozstrzyganiu o potrzebie dalszej izolacji od społeczeństwa brana jest pod uwagę opinia psychologów, a także opinia psychiatry. Przepisy nie przewidują orzekania o zwolnieniu z ośrodka na wniosek osoby tam przebywającej. Sąd, który weryfikuje zasadność pobytu w placówce, może nakazać prowadzenie wobec danej osoby określonej terapii, a na ośrodku ciąży obowiązek jej zapewnienia, nawet jeżeli w danym momencie tego typu terapia w placówce nie jest wdrożona.

XIII. Przygotowanie do zwolnienia i opieka po opuszczeniu ośrodka

Przepis art. 69 ustawy Dolnej Saksonii stanowi, że pomoc socjalna powinna być ukierunkowana na umożliwienie osobie izolowanej uporządkowania i regulowania swoich spraw we własnym zakresie. Do zadań organów penitencjarnych należy zapewnienie stałej opieki nad osobą izolowaną. Celem jest, aby także po zwolnieniu pacjent miał pomoc w prowadzeniu życia odpowiedzialnego społecznie i bez popełniania czynów karalnych. Stąd, współpracę z jednostkami i osobami spoza ośrodka oraz przewidziane w ustawie szczególne możliwości przygotowania do zwolnienia i pomocy w celu zwolnienia, należy ukierunkować pod kątem zapewnienia tej stałej opieki.

W celu przygotowania do zwolnienia, osobie izolowanej należy udzielić porad pozwalających na uporządkowanie spraw osobistych, ekonomicznych i społecznych. Doradztwo obejmuje także wskazanie podmiotów właściwych w zakresie świadczeń socjalnych. Pomaga jej się w poszukiwaniu pracy i mieszkania.

Zgodnie z art. 71 ustawy Dolnej Saksonii, osoba izolowana, o ile jej środki własne są niewystarczające, otrzymuje pomoc na pokrycie kosztów podróży oraz pomoc pomostową i w razie potrzeby niezbędną odzież. Można jej również zapewnić przejazd do nowego miejsca pobytu (np. do ośrodka opieki, w którym będzie umieszczona po zwolnieniu z izolacji prewencyjnej). Przy ustalaniu wysokości pomocy pomostowej należy uwzględnić okres pozbawienia wolności oraz umiejętność zarządzania przez osobę izolowaną środkami własnymi.

---

[28] § 67e ust. 2 kodeksu karnego Niemiec.

Jednocześnie ustawa podkreśla, że liczba personelu zajmującego się dozorem nad osobami izolowanymi w okresie próby[29] musi być dostosowana do zapewnienia stałej opieki nad osobą izolowaną po zwolnieniu. W charakterze kuratorów sądowych osób izolowanych, znajdujących się po zwolnieniu pod nadzorem, powinny pracować osoby szczególnie do tego predysponowane.

Na tle takich drobiazgowych regulacji niemieckich warto postawić pytanie dlaczego ustawodawca polski pominął w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. zagadnienie przygotowania do życia na wolności i wsparcia jakiego wymaga pacjent w momencie zwolnienia z KOZZD. Luka prawna w tym zakresie rodzi problemy praktyczne, w sytuacji gdy pacjent został zwolniony przez Sąd Okręgowy w Płocku, czy na mocy postanowienia Sądu Najwyższego uwzględniającego kasację w procedurze uznania danej osoby za stwarzającą zagrożenie dla społeczeństwa. Personel ośrodka w Gostyninie nie wie jak postępować, wszelkie działania mają miejsce bez podstaw prawnych[30]. Jasność i precyzyjność przepisów jest także w zakresie tego zagadnienia bardzo potrzebna, zarówno dla personelu jak i pacjentów.

W ustawie Dolnej Saksonii zwraca uwagę jeszcze jedna regulacja. Mianowicie zakład lub oddział, który zgodnie z planem pobytu był odpowiedzialny za osobę izolowaną w ośrodku, wykonuje na rzecz tej osoby zadania mające na celu wsparcie psychologiczne. Uzupełniająco każdy organ penitencjarny odpowiedzialny za pobyt w warunkach pozbawienia wolności zgodnie z ustawą penitencjarną kraju związkowego Dolna Saksonia, powinien także udzielić pomocy na wniosek osoby zwolnionej z ośrodka, o ile pomoc ta nie może być zapewniona przez inny podmiot i proces integracji społecznej jest zagrożony.

Jak widać ustawodawca niemiecki dokładnie sprecyzował jak ma wyglądać wsparcie osoby opuszczającej ośrodek dla niebezpiecznych. Jednocześnie pozwolił, zgodnie z art. 73 ustawy, aby osoba będąca wcześniej osobą izolowaną mogła na swój wniosek pozostać tymczasowo w zakładach podlegających administracji sądowej kraju związkowego lub być ponownie przyjęta, jeżeli zagrożony jest proces integracji społecznej. Pozostanie lub przyjęcie może być w każdym momencie odwołane.

W praktyce, jak poinformowano autorkę w czasie wizyty studyjnej w Rosdorf, zdarzyło się, że osoba, która opuściła ośrodek poprosiła o powrócenie do niego. Należy bowiem pamiętać, że są to osoby, które wcześniej odbywały często wieloletnią karę pozbawienia wolności. Oznacza

[29] O tym stanowią art. 68a i 68b kodeksu karnego Niemiec.

[30] Znany jest w Biurze RPO przypadek osoby zwolnionej na tle postanowienia Sądu Najwyższego, któremu administracja KOZZD pomogła odwożąc do miejscowości, z której pochodził własnym transportem, organizując poprzez kontakty z władzami tego miasta oraz Biurem RPO miejsce pobytu w domu opieki społecznej. Pilna interwencja uchroniła tego mężczyznę, który był niesamodzielny i bez środków finansowych, przed przysłowiowym pozostaniem bez dachu nad głową. Jednocześnie pokazała, że ustawodawca nie dał żadnych gwarancji ani systemowego wsparcia takim osobom, nie przewidział pomocy ani zasad postępowania.

to, że w praktyce, mimo procesu przygotowania do opuszczenia ośrodka, jaki przewiduje ustawa niemiecka, mogą mieć trudność z powrotem do życia w wolnym środowisku.

XIV. Podstawa wydania regulaminu ośrodka

Warto również zwrócić uwagę na art. 119 ustawy Dolnej Saksonii, zgodnie z którym kierownik zakładu wydaje regulamin zakładu dotyczący pobytu w izolacji. Przepis precyzuje też dokładnie jakie powinien on zawierać postanowienia. Dotyczą one:

1. liczby godzin codziennych odwiedzin;
2. podziału dnia obejmującego w szczególności godziny terapii, pracy i czasu wolnego oraz ciszy nocnej,
3. stref przeznaczonych do ogólnego użytkowania w ośrodku oraz ograniczeń w zakresie swobody przemieszczania się,
4. rzeczy, których nie można generalnie posiadać,
5. możliwości wnoszenia wniosków i zażaleń lub zwracania się do przedstawiciela organu nadzoru.

Pacjentom należy zapewnić dostęp do tego dokumentu, umieścić regulamin w ogólnie dostępnym miejscu i na żądanie przekazać go pacjentowi.

Ten przepis jest niezmiernie ważny z perspektywy polskich regulacji prawnych. RPO podnosił w pismach do właściwych organów, że polskie regulacje nie dają Dyrektorowi KOZZD uprawnienia do wydania regulaminu wewnętrznego Ośrodka, co jest problemem zasadniczym. Wobec braków regulacji ustawowej i licznych istotnych luk prawnych, to właśnie regulaminy wewnętrzne, odrębne dla poszczególnych oddziałów, regulują życie pacjentów.

XV. Charakterystyka ośrodka w Rosdorf

Ośrodek dla niebezpiecznych w Rosdorf[31] został utworzony w czerwcu 2013 r. Jego pojemność określono na 45 miejsc. W dniu przeprowadzania wizyty studyjnej w październiku 2018 r., przebywało w nim 40 niebezpiecznych. Wobec zbliżania się liczby pacjentów do maksymalnej pojemności, na północy Dolnej Saksonii, wyprzedzając ewentualne potrzeby, otworzono drugą analogiczną placówkę, przeznaczoną dla 10 osób. Taka przemyślana polityka ministerstwa sprawiedliwości, któremu podlegają ośrodki, odróżnia system izolacji postpenalnej w Niemczech od tego

[31] Oryg. JVA Rosdorf Abteilung Sicherungsverwahrung.

w Polsce. W KOZZD pojemność 60 łóżek[32] została przekroczona już na początku 2019 r.[33], a mimo to w dalszym ciągu nie stworzono kolejnych miejsc, w których mogliby przebywać ci, którzy zostaną uznani za stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa. Budowa nowej placówki, o której informowało Ministerstwo Zdrowia, także nie została rozpoczęta, mimo że na dzień 26 czerwca 2020 r. liczba pacjentów Ośrodka w Gostyninie wynosiła już 90 osób.

W ośrodku w Rosdorf, w dniu wizytacji, najmłodsza osoba miała 36 lat, najstarsza 74 lata, natomiast średni wiek wszystkich pacjentów wynosił 55 lat. W czasie pobytu w izolacji postpenalnej zmarły dotąd 2 osoby. Większość osób ma w swojej historii kryminalnej przestępstwa o charakterze seksualnym, 85% ma zdiagnozowane zaburzenia osobowości, 73% problem uzależnienia, 34% zaburzenia preferencji seksualnych, 9% choroby psychiczne[34].

Ośrodek mieści się na 3 piętrach i jest przeznaczony wyłącznie dla mężczyzn. Warunki bytowe są bardzo dobre – pacjentom zapewnia się pokoje o powierzchni około 23 m^2 każdy, z częścią dzienną, sypialnianą oraz w pełni zabudowaną łazienką, wyposażoną w prysznic, umywalkę i toaletę. Ustawa Dolnej Saksonii gwarantuje, że w jednej przestrzeni mieszkalnej mogą być umieszczone dwie osoby izolowane, jeżeli nie istnieje obawa wywierania na siebie szkodliwego wpływu i obie wyrażą na to zgodę. W praktyce najczęściej pacjenci przebywają w pokojach samodzielnie.

Ośrodek gwarantuje umeblowanie pokoju, jednakże mieszkańcy mają prawo zakupić inne wyposażenie, zaaranżować go zgodnie ze swoimi oczekiwaniami[35], przeznaczając na to własne środki finansowe. Okna w pokojach, okratowane z zewnątrz, są duże, co sprawia, że jest jasno, i uchylne, umożliwiając wentylację pomieszczeń. Takich rozwiązań brakuje w KOZZD, gdzie otwierany jest jedynie górny lufcik okna, co nie zapewnia dostatecznej wymiany powietrza[36].

W Rosdorf w każdym pokoju mieści się lodówka, telewizor i aparat telefoniczny. Osoby, do których telefonuje pacjent są weryfikowane przez administrację, która ustala czy wyrażają oni zgodę na rozmowę z pacjentem. Pokoje mieszkalne oraz pokoje spotkań z terapeutami nie są monitorowane. Kamery zainstalowano jedynie w ciągach komunikacyjnych. Pracownicy, w celu zwiększenia ich bezpieczeństwa, są wyposażeni w przenośne telefony, które pozwalają na prowadzenie nasłuchu przez pracowników ochrony. Ci są niemal niewidoczni. Duże, otwarte

---

32 Stanowi o tym § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 137.

33 Raport KMPT z wizytacji przeprowadzonej w dniach 18–20 lutego 2019 r. https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport%20KMPT%20%20z%20wizytacji%20KOZZD%20w%20lutym%202019%20r..pdf [dostęp: 7.06.2020 r.].

34 Dane przekazane przez osoby zarządzające ośrodkiem dla niebezpiecznych w Rosdorf.

35 Zgodnie z art. 23 ustawy Dolna Saksonia osoba izolowana może wyposażyć swoją przestrzeń mieszkalną we własne rzeczy i posiadać własne rzeczy, o ile na przeszkodzie nie stoją względy bezpieczeństwa zakładu lub nie zagraża to osiągnięciu celu pobytu w izolacji. Ze względów bezpieczeństwa zakładu regulamin obiektu może zawierać zakaz wyposażenia przestrzeni mieszkalnej w określone rzeczy i posiadania takich rzeczy.

36 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym stanowi w § 3 ust. 3 pkt 5 o wyposażeniu pokoi pacjentów w jedno okno z lufcikiem górnym oraz z szybami uniemożliwiającymi ich zbicie, a także ze stalowymi żaluzjami znajdującymi się na zewnątrz okna na wysokości lufcika.

przestrzenie, szerokie korytarze dają poczucie przestronności, swobody w poruszania się i braku permanentnej kontroli. Ściany są jasne, w stonowanych kolorach. To drastyczna różnica w stosunku do realiów Ośrodka w Gostyninie, gdzie zatrudnionych jest 164 pracowników ochrony w celu kontrolowania 90 pacjentów. Ponadto, wszechobecny monitoring, w pokojach mieszkalnych, gabinetach terapii, korytarzach, świetlicy, umożliwia nadzorowanie każdego mieszkańca. Ta sytuacja rodzi wrażenie osaczenia i kontrolowania każdego momentu życia pacjentów.

Niebezpieczni mają prawo swobodnego poruszania się po ośrodku w Rosdorf, bez nadzoru pracowników ochrony, w godzinach 6–22[37]. Dysponują indywidualnie zakodowanym chipem, który umożliwia otwarcie drzwi do określonych pomieszczeń bądź wyjście na zewnątrz budynku. Zakodowany przez informatyków chip oznacza w praktyce opracowany niejako plan przestrzeni, po której pacjent może się poruszać i który wyznacza jednocześnie granice swobody poruszania się.

Pacjenci mogą korzystać z przestronnej świetlicy, zlokalizowanej na każdym piętrze oraz przylegającej do niej, w pełni wyposażonej, kuchni. Pacjenci mają bowiem zapewnioną możliwość samodzielnego dokonywania zakupów, przygotowywania posiłków i gotowania. Czas wolny mogą spędzać również na świeżym powietrzu. Dostępna dla nich przestrzeń rekreacyjna ma bardzo dużą powierzchnię – jest miejsce na gry w terenie (szachy, „piłkarzyki", stół do ping-ponga), są ogródki uprawiane przez każdego z niebezpiecznych. Na tym terenie mogą korzystać z wyrobów tytoniowych, stąd wokół terenu zainstalowane są ławki i popielniczki. W ośrodku funkcjonują też, doskonale wyposażone, siłownia i sala warsztatów. Pacjenci otrzymują do majsterkowania różne niebezpieczne przedmioty, zliczane po każdorazowym ich użyciu przez pracownika nadzorującego twórczą pracę podopiecznych. Terapeuci zachęcają poszczególne grupy mieszkańców do wspólnego spędzania czasu.

Osoby umieszczone w ośrodku mogą wychodzić do pracy wspólnie ze skazanymi i tymczasowo aresztowanymi (hale produkcyjne mieszczą się na terenie zakładu karnego, do którego przylega ośrodek), ale nie jest ona przymusowa dla niebezpiecznych. Jak wskazują pracownicy placówki w Rosdorf, każdego dnia podejmowane są wysiłki celem zmotywowania pacjentów do podjęcia pracy lub udziału w terapii. W pracy z tymi osobami dostrzeżono problem, obserwowany również w Polsce, dotyczący braku motywacji do uczestniczenia w terapii, jaką oferuje ośrodek oraz podejmowania aktywności w postaci pracy w hali produkcyjnej.

Mieszkańcy ośrodka co miesiąc mogą korzystać z przepustki, która jest prawem tej osoby. Na personelu placówki ciąży obowiązek zabezpieczenia takich wyjść. Opuszczając placówkę,

[37] Zgodnie z art. 85 osoba izolowana w godzinach ciszy nocnej jest zamykana w swojej przestrzeni mieszkalnej lub w innym pomieszczeniu zakładu przeznaczonym do przebywania podczas ciszy nocnej. Można od tego odstąpić, jeżeli nie stanowi to zagrożenia dla bezpieczeństwa zakładu. Organ penitencjarny może wydać ogólne zarządzenie, że osoby izolowane będą poza godzinami ciszy nocnej zamykane tymczasowo w swojej przestrzeni mieszkalnej lub w innych pomieszczeniach zakładu, o ile jest to niezbędne ze względu na bezpieczeństwo zakładu.

pracownicy i niebezpieczny, korzystają z prywatnych ubrań. Pobyt poza ośrodkiem może trwać do 10 godzin i jest wykorzystywany według uznania. Wyjścia na spotkanie z rodziną, do centrum handlowego czy w celu realizacji hobby, np. łowienie ryb, jest formą terapii i ma pomóc pacjentom w przygotowaniu się do życia na wolności. Gdyby realizacja przepustki do rodziny nie była możliwa, ze względu na odległość ośrodka od miejsca zamieszkania bliskich, istnieje możliwość przeniesienia między tego typu placówkami. Takie działanie wymaga jednak porozumienia między ministerstwami sprawiedliwości dwóch landów.

Od czerwca 2013 r. do października 2018 r. zwolniono z ośrodka 3 osoby. Dla osób starszych, które nie mają kontaktu z rodziną i samodzielnie nie poradziłyby sobie w życiu w społeczeństwie, ośrodek znajduje miejsca w placówkach dla osób starszych (odpowiednik polskich domów pomocy społecznej). Pacjent ma prawo wcześniej zobaczyć miejsce, do którego trafi po wypisaniu z ośrodka. Pracownicy socjalni zajmują się tego rodzaju sprawami. Ośrodek zatrudnia 7 takich pracowników socjalnych, którzy rozpoznają także skargi oraz 7 psychologów. Istnieje również możliwość skorzystania ze specjalistycznych konsultacji z psychiatrami czy psychoterapeutami, pracującymi poza ośrodkiem.

Skargi wnoszone przez pacjentów dotyczą najczęściej spraw życia codziennego. Przeciwko decyzji lub środkom regulującym poszczególne kwestie pacjent może się sprzeciwić, kierując wniosek do sądu. Sędziowie penitencjarni mogą rozpoznawać sprawy na miejscu. Sędzia nie jest jednak zobligowany do okresowego wizytowania placówki dla niebezpiecznych. Z otrzymanej informacji wynika, że jeden z niebezpiecznych wniósł również skargę do ETPC, w związku z koniecznością pobytu w placówce (sprawa Bergmann przeciwko Niemcom)[38].

Celem umożliwienia pacjentom pisania skarg czy listów w formie elektronicznej, na terenie ośrodka utworzono niewielkie, wielkości metr na metr, pomieszczenie, wyposażone w biuro, krzesło, komputer i drukarkę.

XVI. Podsumowanie

W wielu krajach europejskich funkcjonują miejsca pozbawienia wolności dla osób, które ze względu na prezentowane zaburzenia psychiczne stwarzają zagrożenie dla społeczeństwa. Doświadczenie Niemiec, czy opisanej w rozdziale Ingi Markiewicz Holandii, są wieloletnie. Wypracowane tam modele działania ośrodków dla niebezpiecznych mogły i powinny były stać się wzorcem dla ustawodawcy polskiego w toku prac nad ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. Mimo licznych odwołań do rozwiązań niemieckich w toku dyskusji na etapie uchwalania ustawy, trudno znaleźć przełożenie zasad rządzących miejscami izolacji dla niebezpiecznych w Niemczech

[38] Wyrok ETPC z dnia 7 stycznia 2016 r. w sprawie Bergmann przeciwko Niemcom, skarga nr 23279/14.

na Ośrodek w Gostyninie. Ocenę tę autorka wysuwa co prawda w oparciu o szczegółową analizę funkcjonowania jedynie ośrodka w Rosdorf, niemniej jednak w pozostałych landach niemieckich ustawodawstwo jest bardzo zbliżone, a zasady generalne uregulowane zostały w kodeksie karnym Niemiec.

Warto zapoznać się ze szczegółami ustawy Dolnej Saksonii, filozofią działania tego miejsca, podobnie jak ośrodków długoterminowych pobytów w Holandii. Pozwoli to zapewne dostrzec jak ogromne różnice w podejściu do osób uznanych za stwarzające zagrożenie dla społeczeństwa, dzielą Polskę i inne kraje Europy Zachodniej. Tymczasem to właśnie dobre i humanitarne traktowanie izolowanych osób, z poszanowaniem godności, staje się gwarancją zapewnienia bezpieczeństwa takich miejsc. Stwarza to również dobre warunki do prowadzenia oddziaływań i umożliwia realizowanie celu jakim jest powrót tych osób do społeczeństwa, nawet jeśli oznacza to umieszczenie w innej placówce, takiej jak np. dom pomocy społecznej.

Sam fakt, że ustawa Dolnej Saksonii zawiera przepisy o ewaluacji prewencyjnego pozbawienia wolności, pokazuje stosunek ustawodawcy niemieckiego do tego zagadnienia, ale także wolę respektowania międzynarodowych standardów, dotyczących traktowania osób pozbawionych wolności w różnego typu placówkach. Ustawa podkreśla w art. 123, że środki stosowane podczas pobytu, w tym terapie i metody wspierania osób izolowanych, muszą być przez właściwy resort merytoryczny i organy penitencjarne we współpracy z instytucjami badawczymi, poddane naukowej weryfikacji pod kątem ich skuteczności. Należy przy tym uwzględnić specyfikę płci osób przebywających w izolacji, o ile jest to istotne dla wiarygodności badania (do tej pory w Niemczech izolowano 3 kobiety[39]). Wyniki badania powinny zostać udostępnione do wykorzystania w prawie karnym. Na podstawie uzyskanych spostrzeżeń należy również opracować i na bieżąco aktualizować koncepcje stosowania środków penitencjarnych, a także zweryfikować kwestie dotyczące organizacji pobytu w ośrodkach przeznaczonych dla osób uznanych za niebezpieczne dla społeczeństwa.

Czy ustawa niemiecka ma też słabe punkty? Być może tak. W czasie wizyty studyjnej pracownicy placówki w Rosdorf zwrócili uwagę na nadmiar uprawnień jakie przyznaje ona osobom izolowanym, brak nałożenia na nich określonych obowiązków. Ustawa jest jednak poddawana ocenie i aktualnie toczą się prace nad jej nowelizacją w aspekcie ograniczenia liczby wyjść na zewnątrz. Wciąż jednak na tle ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. może być ona punktem odniesienia dla ustawodawcy polskiego, który powinien przemyśleć filozofię funkcjonowania miejsc izolacji postpenalnej w Polsce[40].

[39] https://de.wikipedia.org/wiki/Sicherungsverwahrung#Literatur [dostęp: 6.06.2020 r.].

[40] E. Dawidziuk, Izolacja od społeczeństwa po odbyciu w pełni kary pozbawienia wolności, Archiwum Kryminologii Nr 1, 2019, s. 234.

Noty biograficzne

Bodnar Adam – doktor habilitowany, od 2015 r. Rzecznik Praw Obywatelskich, autor wielu publikacji naukowych z zakresu prawa, uhonorowany wieloma nagrodami. W latach 2004-15 był związany z Helsińską Fundacją Praw Człowieka, najpierw jako współtwórca i koordynator Programu Spraw Precedensowych, a następnie jako szef działu prawnego i wiceprezes zarządu. Ekspert Agencji Praw Podstawowych Unii Europejskiej. W latach 2013-2014 członek rady dyrektorów Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur. W latach 2001-2004 pracował jako prawnik w kancelarii Weil, Gotshal & Manges. Od 2006 był zatrudniony i wykładał na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego – współpracę zakończył w 2020 r. Od marca 2020 roku jest profesorem Uniwersytetu SWPS. Prowadzi także wykłady w Polsko-Japońskiej Akademii Technik Komputerowych.

Dawidziuk Ewa – doktor nauk prawnych. Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji oraz Centrum Prawa Amerykańskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Pracę zawodową rozpoczęła w Kancelarii Sejmu, gdzie ukończyła aplikację sejmową. W Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pracuje od 2007 r. Od 2015 r. jest Dyrektorem Zespołu do spraw Wykonywania Kar. Autorka kilkudziesięciu publikacji poświęconych zagadnieniom penitencjarnym. W swojej dotychczasowej pracy zawodowej przeprowadziła wiele wizytacji jednostek penitencjarnych i innego rodzaju miejsc detencji, reprezentowała Biuro RPO na rozprawach przez Trybunałem Konstytucyjnym oraz sądami administracyjnymi i Sądem Najwyższym. Koordynatorka Zespołu ekspertów do spraw alimentów z ramienia RPO, koordynatorka projektu prawa europejskiego w Trewirze (ERA), którego BRPO było partnerem. Wykładowca akademicki na Uniwersytecie SWPS.

Gordon Maria – doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii. W przeszłości była psychologiem penitencjarnym w zakładzie karnym dla młodocianych i w oddziale terapeutycznym dla skazanych z zaburzeniami psychicznymi. Przez prawie 10 lat pracowała w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej, gdzie zajmowała się organizacją i nadzorem merytorycznym nad wykonywaniem kary wobec osób niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie oraz skazanych kobiet, a ponadto szkoleniem kadry penitencjarnej. Następnie, do końca 2015 r. pracowała w oddziale psychiatrii sądowej Szpitala Aresztu Śledczego w Warszawie Mokotowie. Jest biegłym sądowym rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Aktualnie jest wykładowcą psychologii penitencjarnej na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz prowadzi zajęcia z psychologii sądowej i penitencjarnej na studiach podyplomowych. Opublikowała kilkadziesiąt artykułów w czasopismach naukowych i pracach monograficznych m.in. na temat podkultury więziennej, psychologicznej diagnozy klinicznej, postępowania

ze skazanymi niepełnosprawnymi psychicznie, niepełnosprawnymi fizycznie, skazanymi kobietami, na temat psychologicznych mechanizmów zachowania sprawców przestępstw o charakterze agresywnym i przestępców seksualnych.

Lew-Starowicz Zbigniew – prof. dr hab. n. med., seksuolog, psychoseksuolog, psychiatra, psychoterapeuta, kierownik Zakładu Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP w Warszawie, kierownik Zakładu Psychoterapii i Rehabilitacji Wydziału Rehabilitacji AWF w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie seksuologii, autor ponad 500 publikacji naukowych z zakresu seksuologii klinicznej i sądowej.

Machińska Hanna – doktor nauk prawnych, prawniczka i działaczka społeczna z niezwykle bogatym dorobkiem w zakresie wdrażania europejskich standardów prawnych do prawa polskiego, w tym w dziedzinie ochrony praw człowieka i prawa antydyskryminacyjnego. Zawsze była też zaangażowana w walkę z dyskryminacją, ksenofobią i nietolerancją. W latach 1991–2002 pracowała w Centrum Europejskim UW, w latach 2002–2010 pełniła funkcję dyrektora Biura Informacji Rady Europy, a od 2011 r. do 3 marca 2017 r. była dyrektorką Biura Rady Europy. W dniu 26 września 2017 r. została powołana na stanowisko Zastępczyni Rzecznika Praw Obywatelskich.

Markiewicz Inga – absolwentka prawa (UJ) i psychologii (UKSW), studiów podyplomowych z Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny (UW) oraz Zarządzania Organizacjami Ochrony Zdrowia (SGH). Pracownik naukowy Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, wykładowca akademicki w Krakowskiej Akademii im A. Frycza-Modrzewskiego. Realizuje projekty badawcze krajowe i zagraniczne z zakresu psychiatrii sądowej i opiniowania sądowego. W latach 2015–17 reprezentowała Polskę w COST Action IS 1302 „Towards a Eurpean Forensic Psychiatric Network” dotyczącym psychiatrii sądowej, a od 2017 współpracuje z International Associacion of Forensic Mental Health Services (Canada). Reprezentuje ponadto IPiN w Komisji Psychiatrycznej ds. środków zabezpieczających przy Ministrze Zdrowia.

Nowakowska Jolanta – absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego oraz Studium Pomocy Psychologicznej. Problematyką prawa karnego wykonawczego zajmuje się od 1990 r. W 1991 r. odbyła staż w więzieniu w Turku w Finlandii. Do 1996 r. była terapeutką w oddziale terapeutycznym dla osób uzależnionych od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych „Atlantis” w Areszcie Śledczym w Warszawie-Mokotowie. Przez blisko 10 lat, pracując w Ambasadzie RP w Kolonii oraz w Konsulacie Generalnym RP w Hamburgu, zajmowała się pomocą obywatelom polskim, przebywającym w więzieniach w Niemczech. Przeprowadziła wiele wizytacji jednostek penitencjarnych i innych miejsc

detencji. Od 2009 r. pracuje w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, od 2018 r. jest Zastępcą Dyrektora Zespołu do spraw Wykonywania Kar.

Piotrowski Ryszard – doktor habilitowany nauk prawnych, profesor Uniwersytetu Warszawskiego na Wydziale Prawa i Administracji UW. Był współpracownikiem redakcji „Państwa i Prawa", pracownikiem Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, asystentem przewodniczącego Komisji Konstytucyjnej Zgromadzenia Narodowego, współpracownikiem Trybunału Konstytucyjnego i Sądu Najwyższego; uczestnik krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych, prowadził badania i wygłaszał wykłady na uniwersytetach amerykańskich i włoskich, stypendysta American Council of Learned Societies, Consiglio Nazionale delle Ricerche i Senatu włoskiego. Autor wielu książek i artykułów poświęconych problematyce prawa konstytucyjnego, zagadnieniom tworzenia prawa oraz prawu konstytucyjnemu porównawczemu i prawom człowieka. Autor opinii dotyczących prawa konstytucyjnego. Członek Komitetu Nauk Prawnych PAN i Rady Naukowej Instytutu Nauk Prawnych PAN.

Szymańska Monika – doktor nauk medycznych, psycholog, psychoseksuolog, adiunkt w Zakładzie Seksuologii Medycznej i Psychoterapii CMKP w Warszawie, autorka kilkudziesięciu publikacji naukowych z zakresu seksuologii klinicznej i sądowej, współautorka programów badawczych dotyczących pedofilii, transseksualizmu i rehabilitacji seksualnej pacjentów z zaburzeniami układu krążenia.

Welento-Nowacka Agnieszka – lekarz medycyny, specjalista psychiatra. Absolwentka Akademii Medycznej w Gdańsku. Związana z psychiatrią od 16 lat. Obecnie od 7 lat kieruje Oddziałem Psychiatrii Sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim. Jest jedną z pierwszych osób wdrażających i używających w Polsce, w codziennej praktyce, metody oceny prawdopodobieństwa popełnienia czynów o charakterze przemocy oraz opartych o te metody, narzędzi HCR20 v3 i SAPROF, których jest jednym z tłumaczy. Prowadzi również w zespołach badawczych badania naukowe, które mają na celu określenie użyteczności powyższych narzędzi w psychiatrii sądowej i więziennictwie. Posiada również doświadczenie psychoterapeutyczne, które zdobyła pracując przez 6 lat na Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości oraz odbywając szkolenia psychoterapeutyczne w nurcie psychodynamicznym i systemowym. Jest lekarzem czynnie praktykującym, stykającym się na co dzień z problemami osób przebywających na detencji w szpitalach psychiatrycznych i w związku z tym stara się podejmować działania mogące poprawić funkcjonowanie psychiatrii sądowej w Polsce. Z listy Sądu Okręgowego w Gdańsku opiniuje jako biegły psychiatra w sprawach zarówno karnych, jak i cywilnych.

Załączniki

Indeks 1

Lista wystąpień generalnych RPO dotyczących ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz zagadnień powiązanych

Aktualne na dzień 1.07.2020 r.

1. Wystąpienie RPO z 11.02.2014 r. do Ministra Zdrowia w sprawie problemów związanych z tworzenia KOZZD, KMP.574.16.2014. Odpowiedź z 4.03.2014 r.
2. Wystąpienie RPO z 9.02.2015 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie braku podstaw prawnych do dozorowania widzeń pacjentów KOZZD, II.517.2681.2014. Odpowiedź z 20.03.2015 r.
3. Wystąpienie RPO z 30.03.2015 r. do Ministra Zdrowia w sprawie braku podstaw prawnych do dozorowania widzeń pacjentów KOZZD, II.517.2681.2014. Odpowiedź z 7.04.2015 r.
4. Wystąpienie RPO z 1.07.2015 r. do Ministra Zdrowia w sprawie braku podstaw ustawowych do ograniczenia praw pacjentów KOZZD, II.517.2681.2014. Odpowiedź z 15.07.2015 r.
5. Wystąpienie RPO z 30.07.2015 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie potrzeby podjęcia inicjatywy legislacyjnej i uregulowania w ustawie praw i podstaw ograniczenia praw pacjentów KOZZD, IX.517.2681.2014. Brak odpowiedzi.
6. Wystąpienie RPO z 18.02.2016 r. do Ministra Zdrowia w sprawie potrzeby podjęcia inicjatywy legislacyjnej i uregulowania na poziomie ustawy m.in. praw i podstaw ograniczenia praw pacjentów KOZZD, IX.517.77.2015. Odpowiedź z 11.03.2016 r.
7. Wystąpienie RPO z 2.03.2017 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie zabezpieczenia cywilnego poprzez umieszczenie w KOZZD, IV.567.1.2016. Brak odpowiedzi.
8. Wystąpienie RPO z 15.03.2016 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie potrzeby uregulowania na poziomie ustawy praw i podstaw ograniczenia praw pacjentów KOZZD, IX.517.77.2015. Brak odpowiedzi.
9. Wystąpienie RPO z 24.03.2016 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie zabezpieczenia cywilnego poprzez umieszczenie w KOZZD, IV.567.1.2016. Odpowiedź z 25.05.2016 r.

10. Wystąpienie RPO z 28.11.2017 r. do Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji w sprawie potrzeby podjęcia prac legislacyjnych nad nowelizacją ustawy z dnia 22.11.2013 r., IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
11. Wystąpienie RPO z 5.12.2017 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie implementacji wyroku TK dotyczącego ustawy z dnia 22.11.2013 r. oraz stworzenia podstaw prawnych dla przeniesienia chorych psychicznie z KOZZD do zakładu psychiatrycznego, IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 11.01.2018 r.
12. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 7.12.2017 r. do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, przy którym przesłano notatkę z wizytacji KOZZD, jaką pracownicy Biura RPO przeprowadzili w dniu 26 czerwca 2017 r. (wraz z odpowiedzią Dyrektora Ośrodka) oraz wystąpienia generalne skierowane do Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji oraz Ministra Sprawiedliwości, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
13. Wystąpienie RPO z 28.12.2017 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie zabezpieczenia cywilnego poprzez umieszczenie w KOZZD, IV.567.1.2016. Brak odpowiedzi.
14. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 27.02.2018 r. do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z prośbą o przedstawienie własnych spostrzeżeń i opinii dotyczących funkcjonowania KOZZD + kopia wystąpienia generalnego RPO do Przewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 18.05.2018 r.
15. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 25.04.2018 r. do Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, przy którym przesłano notatkę z kolejnej wizytacji przedstawicieli RPO w KOZZD, podkreślając potrzebę zmian legislacyjnych, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
16. Wystąpienie RPO z 7.05.2018 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie zabezpieczenia cywilnego w postaci umieszczenia w KOZZD, IV.567.1.2016. Brak odpowiedzi.
17. Wystąpienie RPO z 22.05.2018 r. do Przewodniczącego Komisji Ustawodawczej Senatu RP w sprawie nowelizacji art. 46 ustawy z dnia 22.11.2013 r. w związku z potrzebą implementacji wyroku TK, IX.022.1.2018. Brak odpowiedzi.
18. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 20.06.2018 r. do Zastępcy Rzecznika Praw Pacjenta, IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 6.07.2018 r.
19. Wystąpienie RPO z 22.06.2018 r. do Przewodniczącego Komisji Ustawodawczej Senatu RP w sprawie potrzeby uwzględnienia w trakcie nowelizacji art. 46 ustawy z dnia 22.11.2013 r. prawa do bycia wysłuchanym, IX.070.1.2018. Brak odpowiedzi.
20. Wystąpienie RPO z 31.07.2018 r. do Ministra Sprawiedliwości z postulatem podjęcia inicjatywy legislacyjnej i powołania zespołu międzyresortowego, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
21. Wystąpienie RPO z 31.07.2018 r. do Ministra Zdrowia z postulatem podjęcia inicjatywy legislacyjnej i powołania zespołu międzyresortowego, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.

22. Pismo procesowe RPO z 28.08.2018 r. – zgłoszenie udziału przed SN w sprawie zagadnienia prawnego dotyczącego składu orzekającego w przypadku zamiany nadzoru prewencyjnego na KOZZD, IV.510.65.2018. Uchwała SN z 19.10.2018 r.
23. Pismo procesowe RPO z 29.11.2018 r. – zgłoszenie udziału przed SN w sprawie zagadnienia prawnego dotyczącego możliwości stosowania zabezpieczenia cywilnego w postaci pozbawienia wolności w KOZZD, IV.567.4.2018. Uchwała SN z 30.01.2019 r.
24. Wystąpienie RPO z 3.12.2018 r. do Ministra Sprawiedliwości, w którym przedstawiono opis placówki stanowiącej odpowiednik KOZZD w Niemczech, IX.517.2568.2018. Brak odpowiedzi.
25. Wystąpienie RPO z 3.12.2018 r. do Ministra Zdrowia, w którym przedstawiono opis placówki stanowiącej odpowiednik KOZZD w Niemczech, IX.517.2568.2018. Odpowiedź z 14.01.2019 r.
26. Wystąpienie RPO z 14.12.2018 r. do Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie potrzeby przywrócenia działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego na terenie KOZZD, IX.517.384.2018. Odpowiedź z 7.02.2019 r.
27. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 15.01.2019 r. do Prezesa NFZ w sprawie braku podmiotów realizujących terapię ambulatoryjną, IX.517.1864.2018. Odpowiedź z 07.02.2019 r.
28. Wystąpienie RPO z 21.01.2019 r. do Ministra Zdrowia w sprawie potrzeby znowelizowania rozporządzeń wydanych przez Ministra Zdrowia dotyczących KOZZD, które nie odpowiadają realiom panującym w Ośrodku, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
29. Wystąpienie RPO z 27.02.2019 r. do Prezesa Rady Ministrów w sprawie potrzeby znowelizowania ustawy z dnia 22.11.2013 r. (do MS i MZ przesłano kopię tego wystąpienia generalnego), IX.517.1702.2017. Odpowiedź z informacją o przekazaniu WG RPO do Ministra Sprawiedliwości i zobowiązanie go do udzielenia RPO odpowiedzi.
30. Wystąpienie RPO z 6.03.2019 r. do Ministra Zdrowia w sprawie potrzeby znowelizowania aktów wykonawczych wydanych przez Ministra Zdrowia oraz informacja o terminie wizyty RPO w KOZZD, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
31. Wystąpienie RPO z 28.03.2019 r. do Ministra Zdrowia w sprawie informacji o terminie wizyty RPO w KOZZD. IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
32. Wystąpienie RPO z 7.05.2019 r. do Senackiej i Sejmowej Komisji Ustawodawczej, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości i Ministerstwie Zdrowia oraz Prezesa Sądu Okręgowego w Płocku, przy którym przesłano „Opinię o zgodności z Konstytucją RP Wewnętrznego regulaminu organizacyjno-porządkowego pobytu pacjenta w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie z dnia 17 września 2018 roku", sporządzoną przez dr hab. prof. UW Ryszarda Piotrowskiego, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.

33. Wystąpienie RPO z 10.07.2019 r. do Dyrektora Generalnego SW w sprawie potrzeby wydłużenia terminu w jakim przed końcem kary dyrektorzy zakładów karnych występują do sądu, IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 1.08.2019 r.
34. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 07.08.2019 r. do Prezesa NFZ w sprawie świadczeniodawców realizujących terapię zaburzeń preferencji seksualnych. Odpowiedź z 23.08.2019 r.
35. Wystąpienie RPO z 22.11.2019 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie potrzeby dokonania kompleksowej nowelizacji ustawy, w tym w zakresie braku określenia co ma pierwszeństwo wykonania – terapia w KOZZD czy wykonanie kary pozbawienia wolności, IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 14.02.2020 r.
36. Pytanie prawne RPO skierowane do Sądu Najwyższego w dniu 29.11.2019 r. w sprawie możliwości zastosowania zabezpieczenia cywilnego jako podstawy pozbawienia wolności w KOZZD, IV.567.4.2018. Termin rozprawy w SN nie został jeszcze wyznaczony.
37. Wystąpienie RPO z 27.01.2020 r. do Przewodniczącego i Wiceprzewodniczącego Senackiej Komisji Praw Człowieka, Praworządności i Petycji, Przewodniczącego i Wiceprzewodniczącego Senackiej Komisji Ustawodawczej, Sejmowej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka oraz Sejmowej Komisji Ustawodawczej IX.517.1702.2017. Odpowiedź Sejmowej Komisji Ustawodawczej z 2.03.2020 r.
38. Wystąpienie RPO z 7.02.2020 r. do Ministra Zdrowia w sprawie potrzeby znowelizowania aktów wykonawczych: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.11.2018 r. oraz obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8.01.2020 r., IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
39. Wystąpienie RPO z 7.02.2020 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie potrzeby podjęcia prac nad kompleksową nowelizacją ustawy z 22.11.2013 r., IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 26.02.2020 r.
40. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 26.02.2020 r. do Zastępcy Dyrektora Generalnego SW w sprawie liczby wniosków kierowanych przez dyrektorów jednostek penitencjarnych do sądów o uznanie za osobę stwarzającą zagrożenie. Odpowiedź z 17.03.2020 r.
41. Wystąpienie RPO z 18.03.2020 r. do Ministra Sprawiedliwości w sprawie potrzeby podjęcia prac nad kompleksową nowelizacją ustawy z 22.11.2013 r., IX.517.1702.2017. Odpowiedź z 2.04.2020 r.
42. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 22.05.2020 r. do Dyrektora KOZZD w sprawie sytuacji w Ośrodku w dobie pandemii koronawirusa, IX.517.1013.2020. Brak odpowiedzi.
43. Wystąpienie Zastępczyni RPO z 2.06.2020 r. do Wiceministra Zdrowia w sprawie propozycji spotkania oraz nowelizacji aktów wykonawczych wydanych przez Ministra Zdrowia, IX.517.1702.2017. Brak odpowiedzi.
44. Wystąpienie RPO z 25.06.2020 r. do Ministra Zdrowia w sprawie protestu głodowego prowadzonego przez pacjentów KOZZD, IX.517.1376.2020. Brak odpowiedzi.

45. Wystąpienie RPO z 25.06.2020 r. do Ministra Zdrowia w sprawie braku podmiotów leczniczych prowadzących terapię zaburzeń preferencji seksualnych, co utrudnia orzekanie nadzoru prewencyjnego z ustawy z dnia 22 listopada 2013 r., IX.517.1864.2018. Brak odpowiedzi.
46. Wystąpienie RPO z dnia 30.06.2020 r. do Ministra Zdrowia w sprawie nowelizacji rozporządzenia w sprawie wskazania zakładu psychiatrycznego wykonującego obserwację orzeczoną przez sąd, IX.022.1.2020. Brak odpowiedzi.

Indeks 2

Zdjęcia z podmiotów przeznaczonych dla osób stwarzających zagrożenie dla społeczeństwa – w Polsce, w Niemczech oraz w Holandii



1. KOZZD – droga przeciwpożarowa, gdzie odbywają się spacery



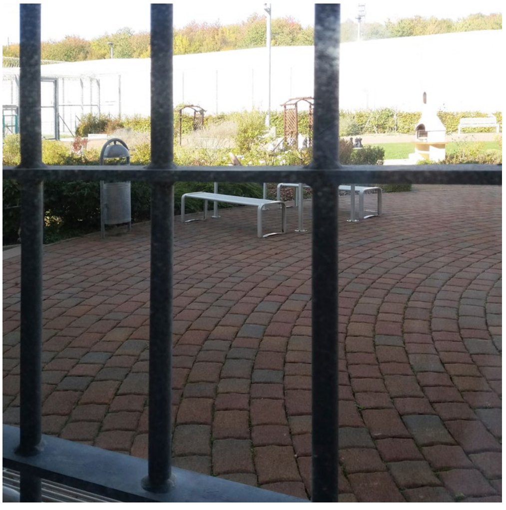
2. KOZZD – otoczenie ośrodka



3. Budynek mieszkańców Zeeland-Holandia – powierzchnia 6 hektarów, ok 100 rezydentów



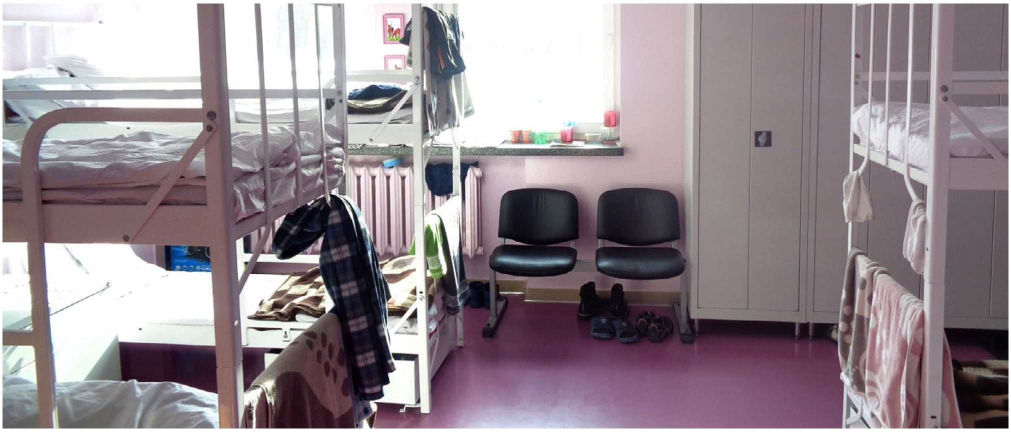
4. Zeeland-Holandia (long-stay psychiatric center) – zapewnia swobodne wyjście na świeże powietrze



5. Plac spacerowy Rosdorf



6. Korytarz oddziału long-stay w Zeeland -Holandia



7. Wieloosobowe pokoje w KOZZD



8. Pokoje mieszkańców – Zeeland -Holandi*a*



9. Zeeland -Holandia pojedyncze pokoje dla mieszkańców, z balkonem



10. Pokój pojedynczy Rosdorf



11. Gostynin – toalety w pokojach oddziału I, gdzie znajdują się pokoje dwuosobowe



12. Sala do ćwiczeń KOZZD



13. Rosdorf – sanitariaty

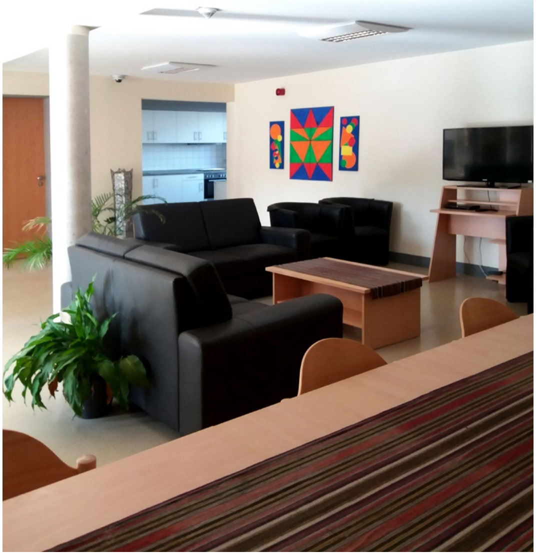


14. Toaleta dla osób z niepełnosprawnością Rosdorf



15. Sala do ćwiczeń Rosdorf


16. Hala sportowa – Zeeland



17. Świetlica Rosdorf



18. Dostęp do komputerów w Zeeland



19. Warsztaty – Zeeland

Nie zabezpieczymy społeczeństwa przed osobami stwarzającymi zagrożenie, jeśli stosować będziemy pełną ich izolację, opartą na systemie nieznanym nawet systemom penitencjarnym państw, które nie charakteryzują się rządami demokratycznymi. Nie zabezpieczymy społeczeństwa i nie pomożemy pacjentom, jeśli potraktujemy ten sposób izolacji i stosowanej opresji jako właściwe rozwiązanie, gwarantujące efektywność terapii. Zarówno miejsce, jakim jest Ośrodek w Gostyninie, nie może pozostać zapomniane, jak i grupa umieszczonych tam mieszkańców nie może być zapomniana. Dlatego postanowiliśmy pokazać instytucję KOZZD w perspektywie prawnej, w tym w ujęciu prawno-porównawczym, jak również z punktu widzenia współczesnej psychiatrii.

Zamierzeniem naszym jest, by refleksje tu zaprezentowane, pozwoliły na wypracowanie nowego podejścia do osób z zaburzeniami dyssocjalnymi, opartego na najnowocześniejszych rozwiązaniach europejskich, z pełnym respektowaniem standardów międzynarodowych.

Hanna Machińska

Zapomniani ludzie, zapomniane miejsce

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
AL. SOLIDARNOŚCI 77, 00-090 WARSZAWA

WWW.RPO.GOV.PL